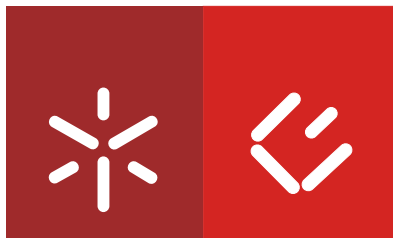


Universidade do Minho
Escola de Economia e Gestão

Elsa Maria Castro Jordão

**A Problemática dos Reinternamentos:
Análise Comparativa dos Serviços de
Medicina das Duas Unidades do Centro
Hospitalar do Alto Ave EPE**

Março de 2012



Universidade do Minho

Escola de Economia e Gestão

Elsa Maria Castro Jordão

**A Problemática dos Reinternamentos:
Análise Comparativa dos Serviços de
Medicina das Duas Unidades do Centro
Hospitalar do Alto Ave EPE**

Mestrado em Economia e Políticas da Saúde

Trabalho realizado sob a orientação da
Professora Doutora Paula Veiga Benesch

Março de 2012

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO PARCIAL DESTA DISSERTAÇÃO APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE;

Universidade do Minho, ____/____/____

Assinatura: _____

RESUMO

Os reinternamentos são um importante tema na actualidade, que tem suscitado crescente interesse académico e político. O debate tem-se centrado na problemática do crescimento dos custos associados a reinternamentos evitáveis e na qualidade dos cuidados de saúde hospitalares.

Desde a introdução do financiamento hospitalar por GDH (Grupo de Diagnóstico Homogéneo), tem-se registado uma tendência para a redução dos dias de internamento, o que resulta, em geral, em maior eficiência. Porém como consequência negativa destas políticas parece verificar-se também um aumento da taxa de reinternamentos, com elevados custos directos e indirectos para os sistemas de saúde e para as famílias.

O presente estudo visa estudar os reinternamentos nos serviços de medicina das unidades de Fafe e Guimarães pertencentes ao Centro Hospitalar do Alto Ave EPE (CHAA), durante o ano de 2010. Tem como objectivos compreender se as taxas de reinternamento estão associadas às características das unidades, associadas aos GDH ou ao número de dias do internamento anterior.

Foi feita uma análise ao Relatório de Retorno de 2007 para obter um termo de comparação entre o CHAA e outros hospitais a nível nacional. Deste exercício constatou-se que o CHAA caracteriza-se por tempos médios de internamento menores e percentagem de reinternamento maiores.

Os dados para o estudo quantitativo foram recolhidos junto das unidades hospitalares e inclui 5698 observações e a amostra corresponde aos doentes reinternados no período de 2010. Foram identificados os GDH com maior percentagem de reinternamento no Centro Hospitalar tendo-se destacado o GDH 127 - Insuficiência Cardíaca e Choque. As doenças respiratórias também merecem grande atenção e preocupação. O estudo sugere que os reinternamentos estão associados a características das unidades de saúde, A unidade de Guimarães regista a maior percentagem de reinternamentos total e a unidade de Fafe a maior percentagem de reinternamentos a curto prazo (30 e 60 dias). Não encontramos evidência estatística de que o reinternamento esteja associado ao número de dias de internamento anterior.

Palavras-chave: Reinternamentos, Grupo de Diagnóstico Homogéneo, qualidade dos cuidados médicos, Centro Hospitalar do Alto Ave EPE

ABSTRACT

Hospital readmissions are an important issue, which has been attracting increasing academic and political interest. The debate has been focused on the increase in health care costs associated with preventable readmissions as well as on the quality of hospital care. After the introduction of GDH (Group Diagnostics Homogeneous), there has been a trend towards a reduction of days of hospitalisation, which in general improves hospital efficiency. In contrast, as a negative consequence of these policies there seems to be an increase in the rate of hospital readmissions, which are associated with direct and indirect costs to both health care systems and families. The present study aims to understand hospital readmissions at Fafe and Guimarães hospitals, both belonging to the Hospital Center of Alto Ave EPE (CHAA). It aims to understand if the rates of readmission can be attributed to the characteristics of the units, associated with GDH or to the number of days of previous hospitalisations.

The *Relatório de Retorno* from 2007 was analysed to obtain a baseline for comparison between the CHAA and other hospitals nationwide. This exercise found that the CHAA is characterised on average by shorter hospitalisation periods and higher readmission rates.

The data for the quantitative study came from the hospital records and includes 5698 observations of patients readmitted in 2010. The GDH with the highest percentage of readmissions were identified as DRG 127 - Heart Failure and Shock. Respiratory diseases also deserve great attention and concern.

The study suggests that hospital readmissions are associated with characteristics of these health facilities. Guimarães unit has the highest percentage of total readmissions, and Fafe unit has the highest percentage of short-term readmission (30 and 60 days). The statistical analysis did not indicate any association between readmissions and the number of previous hospital days.

Keywords: Hospital readmissions, Health care costs, Health care quality, Centro Hospitalar do Alto Ave EPE

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	
1 – PROBLEMÁTICA DOS REINTERNAMENTOS	3
1.1 – DEFINIÇÃO DE REINTERNAMENTOS	4
1.2 – FACTORES DE RISCO	5
1.3 - ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO	7
1.4 – REINTERNAMENTOS COMO INDICADOR DE QUALIDADE NOS HOSPITAIS	10
1.5 – CUSTOS DOS REINTERNAMENTOS	12
2 – GRUPOS DE DIAGNÓSTICO HOMOGÉNEO	13
3 - CARACTERIZAÇÃO DO CENTRO HOSPITALAR DO ALTO AVE EPE	22
3.1 – PROCESSAMENTO DA ALTA NO CENTRO HOSPITALAR	23
PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO	
4 - METODOLOGIA	26
4.1 – OBJECTIVOS DO ESTUDO EMPÍRICO	26
5 – ANÁLISE DO RELATÓRIO DE RETORNO 2007	28
6 – AMOSTRA EM ESTUDO	37
7 - ANÁLISE DOS DADOS ESTATÍSTICOS	38
CONCLUSÃO	46

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

48

ANEXOS

ANEXO I – Estrutura Organizacional

ANEXO II – Movimento de doentes

ANEXO III – Procedimento de alta, Processo de educação do doente e família, Impresso para Guia da Orientação para Alta

ANEXO IV – Cartas de alta

ANEXO V – Autorização dos dados

SIGLAS

ACC - Acesso a Cuidados de Saúde e Continuidade de Cuidados de Saúde

ACSS – Administração Central do sistema de Saúde

ARS- Administração Regional de Saúde

CHAA – Centro Hospitalar do Alto Ave

DGS – Direcção Regional de Saúde

GCD – Grandes Categorias de Diagnóstico

GDH – Grupos de Diagnóstico Homogéneo

ICM – Índice de Casemix

IGIF – Instituto de Gestão Financeira e Informática

JCI – Joint Commission International

SNS – Serviço Nacional de Saúde

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Ciclo do internamento / reinternamento	9
Figura 2 – Grandes Categorias Diagnósticas (GCD)	17
Figura 3 – Exemplo da divisão de uma Grande categoria de Diagnóstico (GCD) em grupos de Diagnóstico Homogêneos (GDH)	18

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Grandes Categorias Diagnósticas (GCD)	15
Tabela 2 - Evolução das demoras médias do Centro Hospitalar, do grupo e nacional - 25 GDH com maior número de doentes saídos do Centro Hospitalar	31
Tabela 3 – Evolução das demoras médias do Centro Hospitalar, do grupo e nacional - 25 GDH com maior número de dias de internamento no Centro Hospitalar	33
Tabela 4 – Número de doentes por tipo – 25 GDH com maior número de doentes saídos do hospital	34
Tabela 5 - Percentagem de reinternamentos nos GDH cirúrgicos - 10 GDH com maior % de reinternamentos no CHAA	36
Tabela 6 – Dias de internamento dos GDH com maior média de reinternamento	45

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Evolução do índice de Case-Mix do Centro Hospitalar do Alto Ave – Internamento	28
Gráfico 2 – Evolução do índice de Case-Mix do Centro Hospitalar do Alto Minho - Internamento	29
Gráfico 3 - Internamentos nas duas unidades hospitalares	37
Gráfico 4 – Amostra por unidade hospitalar	37
Gráfico 5 - Média de reinternamentos no Centro Hospitalar do Alto Ave	39
Gráfico 6 - Média de reinternamentos no Centro Hospitalar do Alto Ave	40
Gráfico 7 – Diferença entre reinternamentos maiores e menores que 60 dias no CHAA	41
Gráfico 8 – Média de dias de internamento nas unidades de Fafe e Guimarães	42
Gráfico 9 – Grupos de Diagnóstico Homogéneo com maior média de reinternamento	43

INTRODUÇÃO

Os reinternamentos têm recebido crescente atenção na literatura por representarem um peso considerável nos custos de saúde. O elevado número de reinternamentos indicia igualmente a necessidade de resolução de um problema para os sistemas de saúde, em virtude de estes estarem normalmente associados a problemas com a qualidade dos cuidados.

O crescimento dos reinternamentos tem sido associado a vários factores entre os quais o envelhecimento, por os idosos estarem frequentemente associados a incumprimento de regime de terapêutica ou a cuidados de saúde inadequados no domicílio (Benbassat & Taragin, 2000). Este facto levanta desafios ao Serviço Nacional de Saúde, uma vez que Portugal, à semelhança dos restantes países da União Europeia, regista uma percentagem crescente de idosos. Estima-se que entre 2004 e 2050, a percentagem de idosos no total da população portuguesa aumentará de 16,9% para 31,9% (Petronilho, 2008).

Outro factor associado ao aumento das taxas de reinternamento prende-se com os incentivos perversos dos sistemas de financiamento. A utilização dos Grupos Diagnósticos Homogêneos (GDH) para o financiamento dos hospitais é um “indutor de eficiência” (Carvalho, 2010). No entanto, pode gerar preocupação com a qualidade dos cuidados prestados, motivada pela tentativa de redução do tempo de internamento, o que pode levar ao reinternamento.

Adicionalmente outros factores como falta de investimento na preparação da alta hospitalar e falta de acompanhamento adequado do doente no domicílio, são tidos igualmente como factores que contribuem para as elevadas taxas de reinternamento (Araújo & Pontes, 2002).

Neste sentido, no âmbito do Mestrado em Economia e Políticas de saúde, propus-me à realização deste trabalho de investigação que vai de encontro a esta problemática, usando dados relativos aos reinternamentos dos serviços de medicina das duas unidades hospitalares do Centro Hospitalar do Alto Ave (Fafe e Guimarães).

O trabalho tem como objectivo compreender se as taxas de reinternamento estão associadas às características dessas unidades, aos GDH e ao número de dias do internamento anterior.

A escolha do tema surge com uma vivência profissional no serviço de medicina. Devido à problemática dos reinternamentos no dia-a-dia e na actualidade torna-se urgente tomar medidas para os evitar por serem um forte contributo para o aumento dos custos na saúde.

O trabalho divide-se em duas partes: na primeira parte faz-se uma revisão das questões e da literatura sobre o tema. No estudo associa-se internamento a mais do que um internamento num determinado período de tempo. Revemos os factores de risco para os reinternamentos e estratégias para os prevenir. Sendo a qualidade um factor importante fizemos também uma breve abordagem aos reinternamentos como indicador de qualidade nos hospitais. Na primeira parte revemos ainda alguns estudos que procuram estimar custos, apresentamos a metodologia dos Grupos de Diagnóstico Homogéneos (GDH). Por fim fazemos ainda a caracterização do Centro Hospitalar e o processamento da alta na instituição.

Na segunda parte fazemos uma análise dos dados de reinternamentos nos serviços de medicina das unidades de Fafe e Guimarães no Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE. Foram seleccionados os doentes que tiveram alta desde 1 de Janeiro de 2010 a 31 de Dezembro de 2010. Foi feita uma caracterização da amostra em estudo e uma análise dos dados do relatório de retorno referente a 2007. Passamos por fim, à análise dos dados obtidos e às conclusões do trabalho.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 – PROBLEMÁTICA DOS REINTERNAMENTOS

O aumento dos custos dos cuidados de saúde está no centro do debate sobre a organização e financiamento dos cuidados de saúde. O crescente aumento preocupa todos: os políticos, os prestadores dos serviços, os contribuintes, os doentes e as respectivas famílias.

Os reinternamentos são um dos focos de atenção, no sector dos cuidados de saúde, em particular no sector hospitalar, pela sua dimensão e consequente importância económica, assim como por serem tidos como um indicador da qualidade e da eficiência da prestação de cuidados de saúde. Em Portugal, segundo os indicadores de desempenho do SNS 2004-2006, cerca de 11,4% das altas hospitalares resultam em reinternamentos (considerando o período entre a alta e o reinternamento menor ou igual a 30 dias) (Ministério da Saúde, 2006).

O interesse nas taxas de reinternamentos como indicador de resultados surgiu em 1965, quando Acheson e Barr, num estudo pioneiro, sugeriram que a taxa de reinternamentos serve como “*índice da qualidade dos cuidados médicos*”. Desde então, os reinternamentos têm vindo a ser um dos indicadores medidos nas rotinas hospitalares (Milne & Clarke, 1990).

Shah (s.d) defende que é uma discussão cada vez mais relevante por vários motivos destacando-se além do aumento de custos na saúde, os avanços tecnológicos nomeadamente o desenvolvimento de sistemas informáticos que ajudam a detectar mais facilmente os reinternamentos não-planeados. A informação tem também contribuído para uma maior participação dos cidadãos na discussão sobre as políticas hospitalares e nomeadamente na questão dos reinternamentos.

A subida das taxas de reinternamento é um problema mundial, que tem sido associado ao envelhecimento (Benbassat & Taragin 2000; Mujtaba 2001). Ao avanço da idade é frequente estar associado o incumprimento do regime de terapêutica ou cuidados de saúde inadequados no domicílio (Benbassat & Taragin, 2000).

Os estudos têm seguido caminhos diferentes. Uns centram-se na monitorização do impacto que as mudanças nos sistemas de saúde podem ter nos reinternamentos, essencialmente no sistema de financiamento, outros concentram-se na tentativa de medir a relação entre a qualidade dos cuidados de saúde e o reinternamento (Mujtaba, 2001). Alguns (poucos) estudos

tentam compreender outros determinantes, sócio-económicos e institucionais, que podem estar associados ao reinternamento.

Weissman (2001) e Benbassat & Taragin (2000) associam o crescente número de estudos prospectivos e retrospectivos sobre o tema a necessidades de compreensão das razões dos reinternamentos, por serem frequentes e dispendiosos.

Mujtaba (2001) centra a discussão na possibilidade de que, com melhores cuidados durante e após o internamento é possível diminuir os reinternamentos e consequentemente os custos.

1.1- DEFINIÇÃO DE REINTERNAMENTOS

O termo reinternamento sugere-nos internamento subsequente relacionado com o anterior. No entanto, por vezes é difícil estabelecer uma relação entre o internamento inicial e os seguintes pelo que, para Minnott (2008), o mais correcto seria falar em multi-internamentos.

Beth & Heather (2010) apresentam importantes distinções a ter em conta nos estudos sobre reinternamentos. Em primeiro lugar, importa distinguir os reinternamentos planeados dos não-planeados. De acordo com os autores, não se podem tomar grandes medidas para reduzir os internamentos planeados. Estes, uma grande parte das vezes estão associados à prevenção de problemas de saúde adicionais e podem mesmo ser benéficos para o doente e sistema de saúde. Os não-planeados podem em geral ser prevenidos, embora não se podem desenvolver acções de prevenção naqueles em que a condição que conduziu ao reinternamento não está relacionada com o internamento anterior. É, no entanto, difícil encontrar dados que estabeleçam a relação, uma vez que os reinternamentos podem ser uma consequência da evolução natural da doença. 3M tm Health Information Systems (2008) define um reinternamento potencialmente evitável, como sendo aquele que está relacionado com o internamento anterior Este conceito é fácil de implementar nos estudos empíricos mas pode ignorar aspectos clínicos relevantes.

Goldefield *et al.* (2008) concluem que muitos dos reinternamentos que poderiam ser prevenidos têm de facto uma relação com o internamento inicial e ocorrem relativamente perto da data do mesmo. Mencionam que este intervalo poderá variar dependendo do motivo da primeira admissão, notando que 30 dias após a admissão inicial é o período mais frequentemente usado para a definição dos reinternamentos hospitalares em autores tais como Hannan *et al.* (2003) e

Ashton *et al.* (1995). Jenks *et al.* (2009) também consideram reinternamentos como o número de doentes que tiveram alta e voltaram ao hospital dentro de 30 dias. Segundo Ashton & Wray (1996), dependendo do diagnóstico, 5 a 29% dos doentes são reinternados no mesmo hospital no espaço de um mês e consideram reinternamentos precoces quando estes ocorrem nos primeiros 31 dias após a alta.

Benbassat & Taragin (2000) distinguem os reinternamentos como repetidas hospitalizações com um intervalo de 1, 2, 3, 4, 12 meses após a alta. De acordo com os autores, os que se podem prevenir são geralmente aqueles que acontecem no espaço de um mês após alta.

1.2- FACTORES DE RISCO

Apesar de ainda ser escassa, a literatura sobre factores de risco associados a reinternamento tem vindo a crescer. Os estudos tendem a incluir factores de risco clínico, factores de risco socioeconómicos e ainda factores organizacionais relacionados com os prestadores de cuidados de saúde.

Minnott (2008) associa altas taxas de reinternamentos a condições clínicas. De acordo com o autor, os indivíduos que já tiveram enfartes, os portadores de diabetes ou os asmáticos, têm maior predisposição a ser reinternados. Associa igualmente o reinternamento frequente a doenças de risco, tais como doença renal em fase terminal e patologias cardíacas. O autor considera ainda que o risco de reinternamento difere em determinadas regiões geográficas reflectindo variações de prática clínica e que o reinternamento pode resultar de um evento adverso no internamento inicial ou de uma alta mal coordenada.

Da mesma opinião, Goldefield *et al.* (2008) defendem que o reinternamento pode ser resultado de um tratamento incompleto, mau tratamento do problema subjacente resultante de um diagnóstico impreciso, podendo reflectir má coordenação dos serviços no momento da alta, mau planeamento ou cuidados inadequados.

Existem ainda factores, fora do controle do hospital, que podem influenciar os reinternamentos não planeados relacionados com o internamento anterior, tais como as características dos doentes: estilos de vida, aspectos culturais, barreiras de linguagem, assim como as habitações ou falta de competência do cuidador (Beth & Heather, 2010).

Kartha *et al.* (2007) consideram factores de risco para a ocorrência de reinternamentos: a idade avançada, os diagnósticos específicos, a história do primeiro internamento, o número de dias de internamento anterior e a severidade da doença. No entanto, o seu estudo direccionou-se sobretudo para a compreensão dos sintomas depressivos no aumento do risco de reinternamentos. De acordo com os seus resultados, os doentes com sintomas depressivos têm três vezes mais risco de serem reinternados até 90 dias após alta. Alertam também para a contribuição dos reinternamentos para infecções nosocomiais, doença iatrogénica e erros médicos.

Num estudo sobre a prevenção de reinternamentos de idosos com insuficiência cardíaca congestiva (Rich & Freeland, 1998) são referidos factores comportamentais (não-adesão à terapêutica e à dieta) assim como factores sociais (isolamento). Os autores concluem que uma equipa multidisciplinar de acompanhamento pós-internamento pode reduzir significativamente a taxa de reinternamentos em idosos de alto risco. De acordo com os resultados, o acompanhamento dos doentes pela equipa levou a uma redução em 27% do número de reinternamentos. No estudo faz-se referência ao facto de que o acompanhamento multidisciplinar nomeadamente a gestão feita pelo(a) enfermeiro(a) pode contribuir para a redução do número de reinternamentos, melhorando a qualidade de vida dos doentes e consequentemente diminuição dos custos de saúde em geral.

A incapacidade do doente aceder a cuidados de saúde de ambulatório, cuidados de saúde primários e em particular à medicação, pode determinar o reinternamento. O facto de a estrutura de participação não englobar os cuidados pós alta, leva à falta de adesão do doente (Beth & Heather, 2010).

Petronilho (2008) estudou a transição da família para o exercício do papel de cuidadora clarificando que a adaptação da família ao papel de cuidador não termina no momento da alta, enfatizando a importância da continuidade dos cuidados por parte do sistema formal de saúde. Refere ainda que toda a preparação desses familiares, desde a autonomia no exercício do seu papel, adaptação, supervisão e apoio da rede social, influenciam as condições de saúde do doente e por consequência a taxa de reinternamento. Pignetelli (2006) reforça ainda, que um dos principais factores que levam ao reinternamento é a reduzida oferta de respostas extra-hospitalares que permitam a continuidade dos cuidados na comunidade ou domicílio, valorizando o projecto dos Cuidados Continuados, recentemente estruturado no nosso país.

Martinez *et al.* (2001) ainda destacam outras causas importantes tais como as complicações relacionadas com o internamento, agravamento da patologia, não adesão à terapêutica prescrita ou aparecimento de uma nova patologia e distinguem factores que dependem do doente e da envolvente social (idade, grau de dependência, nível económico, nível de educação do doente e família a respeito da patologia) e factores que dependem do tipo de patologia, associando este factor a patologias do foro cirúrgico ou médico. Às segundas estão associados os doentes geriátricos e mais frágeis que correspondem a doentes com taxas mais elevadas de reinternamentos. Concluem no seu estudo que 37% dos reinternamentos estão relacionados com factores do hospital, 38% com factores clínicos e 21% com factores dependentes do doente, podendo todos eles ser evitados.

Dias *et al.* (2002) investigaram o percurso intra-hospitalar retrospectivo de doentes com alta nos serviços de medicina dos Hospitais Universitários de Coimbra e a sua relação com alguns parâmetros do internamento inicial. O estudo revela que a frequência de reinternamentos indica que nos serviços existe um predomínio de doentes que necessitam de continuidade de cuidados e com prognósticos pouco favoráveis. Os autores não encontraram evidência de que reinternamentos estejam associados a altas precoces, ou à idade dos pacientes. A patologia com maior taxa de reinternamento foi a pneumonia. Também neste estudo uma grande percentagem de doentes, recorreram ao Hospital em menos de trinta dias após alta, sendo reinternados.

1.3 – ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO

Tomando em consideração os factores de risco apresentados na literatura, Boutwell & Hwu (2009) apresentam 4 grupos de intervenção para evitar reinternamentos, a saber.

1 – Cuidados de preparação e de apoio no momento de transição;

O autor subdivide este primeiro grupo, dado a sua complexidade:

a) Processos de preparação para a alta melhorados, onde o papel do enfermeiro é central, uma vez que acompanhou o doente durante o internamento e pode fazer a educação de forma gradual. Prepara o *follow-up* após a alta, orienta sobre medicação a tomar. Gere também a participação de outros elementos da equipa multidisciplinar. A comunicação entre a equipe e o doente é um factor essencial para facilitar o contacto doente/hospital. Segundo o autor, estas atitudes diminuíram os reinternamentos em 30%.

b) Seguimento pós alta. Os dados mostram que os reinternamentos são muito frequentes nos primeiros dias após a alta e que as visitas domiciliárias e multidisciplinares, prestação de cuidados no domicílio, contactos telefónicos, podem reduzir os reinternamentos em 25%.

c) Visitas domiciliárias.

d) Monitorização da situação à distância.

e) Cuidados de transição por enfermeiro de referência. Este elemento funciona como um treinador para o doente, envolvendo-o e preparando-o para a alta, motivando o doente para o auto-cuidado.

2 – Educação para a saúde melhorado e promoção do auto-cuidado, valorizando a importância da participação e responsabilização dos doentes.

3 – Equipas multidisciplinares com interacção mais eficaz e facilitada;

4 – Cuidados concentrados nos doentes em fim de vida, com o objectivo de investir em outro tipo de unidades de saúde com vista a obter resposta sem necessidade de internamento.

Beth & Heather, (2010) também defendem que os hospitais podem tomar medidas para reduzir os reinternamentos nomeadamente realizar telefonemas de *follow-up*, facilitar a adesão à farmacoterapia, dar informação completa aos cuidados de saúde primários. Os autores salientam que as políticas para reduzir os reinternamentos devem ser implementadas de forma equilibrada alargando-as a vários sectores do sistema de saúde. Adequar programas de saúde a reabilitação, visitas domiciliárias, decisões sobre o fim de vida e assistência ao auto cuidado.

Ashton *et al.* (1995) concluem no seu estudo que 12% de 75% dos reinternamentos podem ser prevenidos pela educação dos doentes, preparação da alta e prestação de cuidados domiciliários. No mesmo estudo 55% dos doentes reinternados, tiveram problemas nos cuidados durante o processo de internamento.

Benbassat & Taragin (2000) citam um estudo de caso que revela 5 critérios para prevenir reinternamentos em 30 dias: resolução do principal problema, adequação do destino da alta, adequação das doses de terapia e um período apropriado para a 1ª visita de *follow-up*.

Shipton (1996) defende que os cuidados no domicílio diminuem a percentagem de reinternamentos, concluindo que pode com isso evitar elevados custos com os doentes crónicos e idosos.

Há evidência que o investimento da melhoria no processo de cuidados, particularmente nos doentes com doenças crónicas, pode reduzir o número de reinternamentos evitáveis. O típico doente crónico tem um ciclo, envolve-se em internamentos e reinternamentos que Pittsburgh Regional Health Initiative (2011) traduz num esquema que se encontra demonstrado na figura 1.

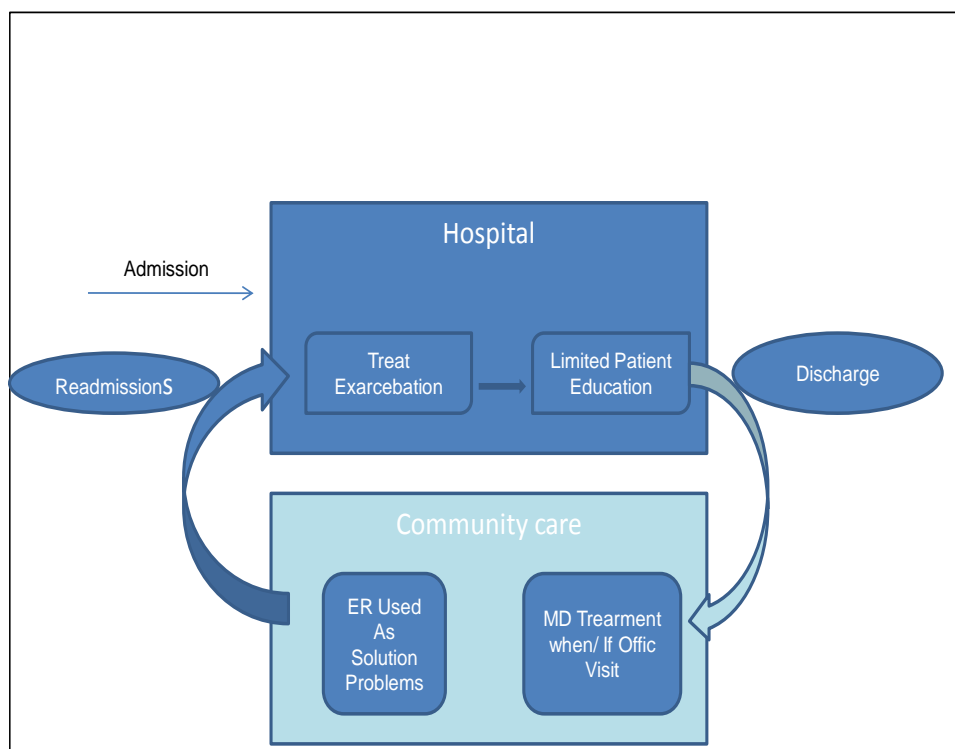


Figura 1 – Ciclo do internamento / reinternamento (Adaptado de: Pittsburgh Regional Health Initiative 2011)

Alguns modelos têm sido testados em diferentes países. Leff (2009) faz referência a um programa italiano que inclui visitas médicas ao domicílio e avaliação geriátrica constante, o que tem contribuído para a diminuição dos reinternamentos.

De forma a enquadrar o tipo de realidade existente no nosso país foi abordado o estudo de Louro (2009). A autora estudou a forma como se processa a alta do doente dependente para o seu domicílio e o seu envolvimento com a família cuidadora. O seu estudo baseia-se numa amostra de 250 doentes dependentes e 250 cuidadores, concluindo que a taxa de reinternamentos se situa nos 24,4% e o regresso ao hospital ocorreu em média 14,17 dias após a alta clínica. A autora encontrou algumas lacunas relativamente à articulação entre os cuidados de saúde no hospital e no ambulatório. Ainda que na alta exista transferência de informação, verificou que a maioria da

informação (carta de alta) se destinava só ao médico de família (70,3%). A informação para equipa (carta de alta), médico e enfermeiro correspondia a 29,4%, ou seja uma minoria. A entrega da carta de alta ocorreu em média 7,27 dias após a alta do doente, variando entre um e trinta dias depois daquela ocorrência. No estudo verifica-se que as preocupações dos cuidadores apresentadas no momento da alta não são ultrapassadas, os ensinamentos efectuados não foram suficientes.

Falhas como a falta de investimento na preparação da alta hospitalar e acompanhamento do doente no domicílio, leva a que se desperdicem os cuidados prestados em fase aguda, uma vez que se perde a continuidade do processo terapêutico levando ao retrocesso do estado de saúde (Araújo & Pontes, 2002). A consequência evidente deste retrocesso é o reinternamento.

Na Dinamarca existem equipas direccionadas para os idosos, no sentido de garantir um tratamento e acompanhamento coerente, possibilitando aos doentes optar por um tratamento no domicílio, minimizando deste modo a possibilidade de um reinternamento. São equipas multidisciplinares constituídas por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e assistentes sociais (Colmorton *et al.*, 2003).

1.4 - REINTERNAMENTOS COMO INDICADOR DE QUALIDADE NOS HOSPITAIS

Como já referimos a problemática dos reinternamentos tem estado associada à qualidade dos cuidados de saúde prestados nos hospitais. Luthi *et al.* (2004) constata que os reinternamentos têm despertado interesse como indicador de qualidade uma vez que representam um custo agravado para o hospital e são frequentes.

Importa por isso em primeiro lugar definir qualidade. Por qualidade entende-se *“características do produto que vão ao encontro das necessidades dos clientes e desta forma proporcionam-lhe satisfação em relação ao produto; a qualidade é ausência de falhas e a adequação ao uso”* (Zanon, 2001; p.6).

A qualidade dos cuidados médicos é multidimensional e não há consenso sobre a sua definição e sobre a forma de medi-la. Sendo os cuidados de saúde de amplas dimensões não é uma única medida ou até um conjunto de medidas que vão reflectir adequadamente o grande e complexo processo que é a prestação de cuidados de saúde (Young *et al.*, 1991).

Em 1990, a *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization* (JCHCO), adoptou como definição de qualidade da assistência médico-hospitalar “*o grau segundo o qual os cuidados com a saúde do paciente aumentam a possibilidade da desejada recuperação do mesmo e reduzem a probabilidade do aparecimento de eventos indesejados, dado o actual estado de conhecimento*” (Zanon, 2000; p. 17).

A *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization* associa a qualidade em saúde ao modo como os serviços de saúde, com o nível de conhecimentos actual, aumentam a possibilidade de obter resultados desejados e diminuem a possibilidade de obter resultados indesejados (Sousa, 2009).

A crescente preocupação com a qualidade está relacionada com preocupação com contenção de custos. Além disso a população também está mais desperta para esses aspectos e para acontecimentos adversos. A qualidade tornou-se mais um elemento de escolha e um mecanismo de financiamento (Barros, 1999).

Young *et al.* (1991) defendem que as entidades devem fazer uma selecção de indicadores de qualidade, de modo a avalia-la de modo consistente e contínuo.

Os reinternamentos são um significativo objecto de estudo a utilizar como indicador importante para comparações internacionais de qualidade e eficiência porque reflecte o impacto dos cuidados hospitalares na condição do doente após alta (Westwert *et al.*, 2002). Os autores salientam no entanto, que a relação directa entre os reinternamentos e a qualidade dos cuidados prestados é ainda pouco consistente. Os resultados obtidos no seu estudo revelam a fragilidade dessa relação. Na sua perspectiva, melhores intervenções nos cuidados hospitalares e pós-alta, contribui para a redução dos reinternamentos, mas mesmo assim podem não corresponder a indicadores de qualidade. Há vários estudos que apontam igualmente nesse sentido, Ashton *et al.* (1995) também não conseguiram encontrar qualquer relação entre a qualidade dos cuidados e o número de reinternamentos. De igual modo, Thomas (1996) conclui igualmente que as taxas de reinternamentos dos doentes que receberam cuidados menos aceitáveis e mais aceitáveis são semelhantes.

DesHarnais *et al.* (1991) validaram três indicadores de risco que estão associados à qualidade hospitalar: mortalidade, os reinternamentos e as complicações.

Martinez *et al.* (2001) consideram que é incerto que a taxa de reinternamento deva ser utilizada como índice de qualidade por existirem factores não modificáveis que dependem da

doença. No entanto, uma alta taxa de reinternamentos em determinadas patologias pode identificar problemas na assistência prestada. Os autores identificam os reinternamentos não programados como sendo os que podem ser utilizados como indicador de qualidade dos cuidados médicos. Associam ainda, a variabilidade clínica no manuseamento de um mesmo processo clínico, um factor que pode aumentar o risco de reinternamentos.

Em Portugal o Contrato Programa 2011 (ACSS, 2010), na distribuição do valor de incentivos institucionais faz uma abordagem, nos objectivos institucionais comuns, à taxa de reinternamentos nos primeiros 5 dias. A inobservância deste objectivo de qualidade origina uma penalização de 6% do valor do orçamento de acordo com o peso do indicador (10%). A meta deste objectivo é contratada pelo Departamento de Contratualização da ARS.

1.5 - CUSTOS DOS REINTERNAMENTOS

Uma elevada taxa de reinternamento tem sido frequentemente associada a elevados custos hospitalares. Mujtaba (2001) refere que 60% do orçamento dos hospitais é gasto em reinternamentos. O autor mostra que os custos com tratamentos em doentes reinternados (morbilidade e mortalidade) são tendencialmente mais elevados.

Jencks *et al.* (2009) destacam o facto de a redução dos reinternamentos ser uma prioridade para o financiamento da saúde. Nos Estados Unidos, a *Medicare* paga os reinternamentos excepto os que ocorrem após 24 horas se for pelo mesmo motivo do internamento anterior, no entanto recentes políticas procuram que o modelo de pagamentos aos hospitais tenha incentivo à diminuição dos reinternamentos. Hospitais associados a elevadas taxas de reinternamentos são penalizados.

Ingenix (2009) (citada Ryan, 2009) estudam o problema. Na actualidade há elevados custos com cuidados de saúde nomeadamente com os reinternamentos, correspondendo estes a uma elevada despesa e revelando cuidados de baixa qualidade.

Controlar os reinternamentos e os custos associados é uma meta dos sistemas de financiamento. Nos Estados Unidos, a recente reforma de saúde inclui diminuir os valores dos pagamentos aos hospitais, que registem altas taxas de reinternamentos (Ryan, 2009).

2 – GRUPOS DE DIAGNÓSTICO HOMOGÉNEO

Os Grupos de Diagnóstico Homogéneos (GDH) são um sistema de classificação de doentes agudos internados, permitindo definir os produtos de um hospital. A metodologia dos Grupos de Diagnóstico Homogéneo (GDH) surgiu nos Estados Unidos, em 1967. É uma metodologia que serve de instrumento para o financiamento dos serviços de saúde agrupando diagnósticos e procedimentos. Caracterizam os doentes tratados e explicam os custos associados à sua estadia no hospital.

São “um sistema de classificação de doentes internados em hospitais de agudos, em grupos clinicamente coerentes e homogéneos do ponto de vista de consumo de recursos, construídos a partir das características diagnósticas e dos perfis terapêuticos dos doentes, que explicam o seu consumo de recursos no hospital” (Bentes *et al.* 1996). Quando foi criada a classificação, o principal objectivo era registar, avaliar a utilização dos recursos e assegurar qualidade dos serviços prestados com perspectivas económicas, ou seja, obter o financiamento tendo em consideração os resultados (Canadian Institute for Health Information, 2004).

A implementação dos GDH's veio criar uma ponte na comunicação entre os administradores e médicos, ou seja, os responsáveis pelo controle e realização da despesa nos hospitais (Mateus, in Jorge Simões, 2010). São um importante veículo de diálogo pois tornam possível aos hospitais conhecer melhor os doentes que tratam e os seus custos, assim como os serviços que se espera virem a ser prestados (Portal dos Codificação Clínica e dos GDH, 2011).

Portugal foi um país pioneiro na implementação dos GDH. Em 1984, estabeleceu um acordo entre o Ministério da saúde e a Universidade de Yale e o projecto prosseguiu tendo como principais objectivos: testar a possibilidade técnica de formar GDH's a partir da informação contida nos resumos de alta hospitalar, bem como a sua consistência técnica e desenvolver um sistema de informação e de custos por GDH. O projecto foi de tal modo um sucesso que em 1987 foram iniciados estudos tendo por base a utilização dos GDH para pagamento dos Hospitais do SNS e em 1989 iniciou-se o período de transição para a implementação (Santana, 2005).

No seguimento do trabalho produzido pela equipa de Yale, foram desenvolvidas outras versões. A actual versão dos GDH já sofreu várias revisões. O processo de codificação é complexo. A sua estrutura de base compreende características demográficas (idade e sexo), diagnósticas (diagnóstico principal e complicações) e terapêuticas (destino pós alta). Pressupõe o agrupamento

em Grandes Categorias de Diagnóstico (GCD), com base na classificação da doença e segmentada por tipo médico ou cirúrgico. Cada um tem um peso médio relativo resultante da avaliação dos custos médios atribuídos.

A portaria nº 132/2009, de 30 de Janeiro enuncia as tabelas de GDH em vigor que englobam 876 GDH e 25 GCD. A tabela actual com as 25 GDH encontra-se ilustrada na Tabela 1.

Tabela 1 – Grandes Categorias Diagnósticas (GCD) (Adaptado: Portal de codificação clínica e dos GDH, 2011)

GCD	Designação
1	Doenças e Perturbações do Sistema Nervoso
2	Doenças e perturbações do olho
3	Doenças e perturbações do ouvido, nariz, boca e garganta
4	Doenças e perturbações do aparelho respiratório
5	Doenças e perturbações do aparelho circulatório
6	Doenças e perturbações do aparelho digestivo
7	Doenças do sistema hepatobiliar e pâncreas
8	Doenças e perturbações do sistema musculoesquelético e tecido conjuntivo
9	Doenças e perturbações da pele, tecido celular subcutâneo e mama
10	Doenças e perturbações endócrinas, nutricionais e metabólicas
11	Doenças e perturbações do rim e do aparelho urinário
12	Doenças e perturbações do aparelho genital masculino
13	Doenças e perturbações do aparelho genital feminino
14	Gravidez, parto e puerpério
GCD	Designação
15	Recém-nascidos e lactentes com afecções do período perinatal
16	Doenças e perturbações do sangue /órgão hematopoiéticos e doenças imunológicas
17	Doenças e perturbações mieloproliferativas e mal diferenciadas
18	Doenças infecciosas e parasitárias (sistémicas ou de localização específica)
19	Doenças e perturbações mentais
20	Uso de álcool/droga e perturbações mentais orgânicas induzidas por álcool ou droga
21	Traumatismos, intoxicações e efeitos tóxicos de drogas
22	Queimaduras
23	Factores com influência no estado de saúde e outros contactos com os serviços de saúde
24	Infecções pelo vírus da imunodeficiência humana
25	Traumatismos múltiplos significativos

Os doentes cirúrgicos são classificados com base na intervenção cirúrgica específica. Os doentes médicos são classificados com base no diagnóstico principal específico pelo qual foram internados no hospital.

Demonstramos através das figuras 2 e 3 a segmentação da grande categoria diagnóstica e um exemplo da decomposição da GCD 10 - Doenças e perturbações endócrinas, nutricionais e metabólicas em GDH.

Segundo Santana (2005) os GDH são utilizados como base do pagamento da produção hospitalar sendo que a cada um particularmente, está associado um coeficiente de ponderação conhecido como peso relativo, não sendo nem mais nem menos que uma medida que reflecte os recursos.

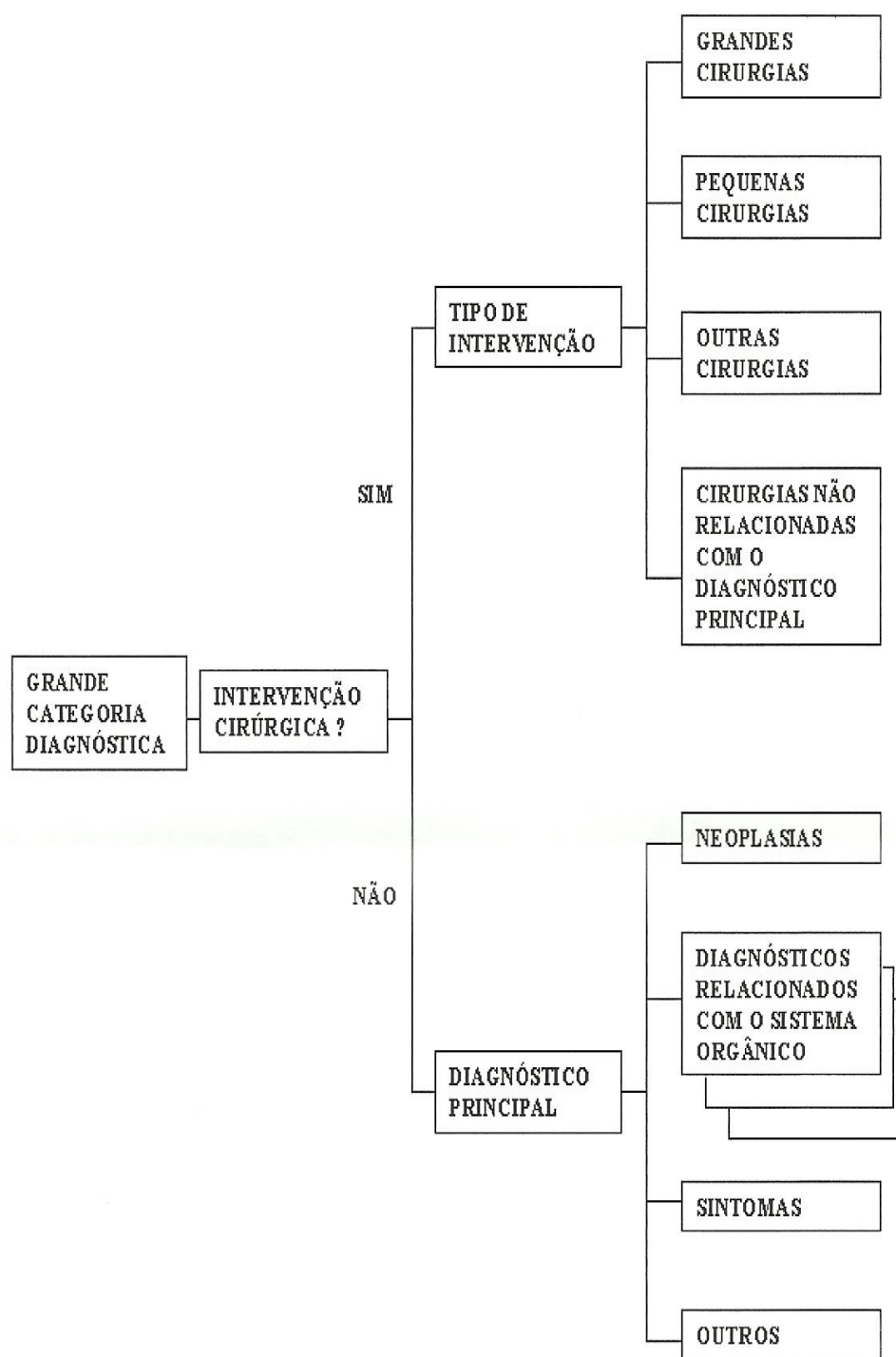


Figura 2 – Grandes Categorias Diagnósticas (GCD) - (Reproduzido: Portal de codificação clínica e dos GDH, 2011)

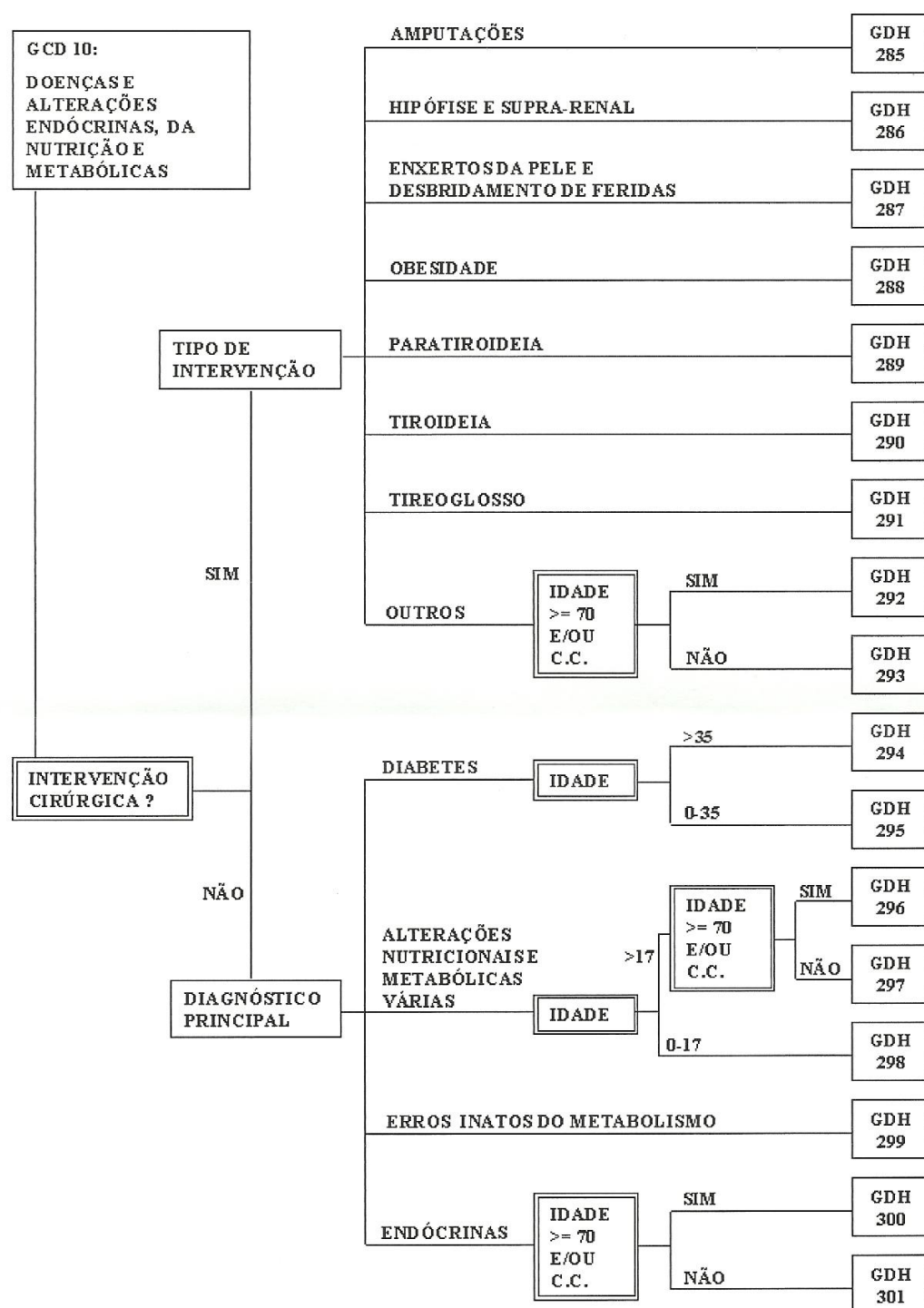


Figura 3 – Exemplo da divisão de uma Grande categoria de Diagnóstico (GCD) em grupos de Diagnóstico Homogêneos (GDH) (Reproduzido: Portal de codificação clínica e dos GDH, 2011)

Descreve Mateus in Simões (2010, p. 396), que “o peso relativo ¹ de cada GDH exprime a sua relação com qualquer outro em termos de consumo de recursos, ou seja, quanto maior é o peso relativo de um GDH mais significativo é o consumo de recursos que lhe está associado”. O peso relativo constitui um problema associado à introdução dos GDH devido à sua inadequação ao contexto em que é aplicado, mesmo assim, constitui uma importante ferramenta de gestão – benchmarking ou elaboração de orçamentos.

É deste conceito que emerge o Índice de Casemix ² (ICM). O ICM nacional é por definição igual a 1, pelo que o ICM de cada unidade de saúde afastar-se-á desse valor de referência consoante a unidade de saúde trate uma proporção maior ou menor de doentes agrupados em GDH de elevado peso relativo face ao padrão nacional (Santana, 2005).

A percentagem de reinternamentos tende a diferir entre hospitais de acordo com o ICM (Minott, 2008).

O valor financeiro do GDH compreende todos os serviços prestados em regime de internamento (cuidados em enfermaria e em unidades de cuidados intensivos), incluindo cuidados médicos, meios complementares de diagnóstico, terapêutica e hotelaria. A cada episódio de internamento só pode corresponder 1 GDH, independentemente do número de serviços em que o doente tenha sido tratado desde a admissão até à alta (Portaria n.º 132/2003 de 5 de Fevereiro de 2003). Segundo o artigo décimo da mesma portaria, quando o doente é reinternado no mesmo hospital, num período de 72 horas a contar da data da alta, só é pago o GDH correspondente ao primeiro episódio de internamento à excepção das seguintes situações: se o episódio subsequente não está clinicamente relacionado com o anterior, estando relacionado referindo-se a uma consolidação do tratamento nomeadamente na área oncológica.

Até 1980, o modelo de financiamento dos hospitais portugueses era baseado num modelo de pagamento retrospectivo. Entre 1981 e 1990, com o objectivo de encorajar a uma utilização mais eficiente dos recursos, obtendo maior produtividade e controlo da despesa, há a transição para o pagamento prospectivo (Carvalho, 2010).

¹ Coeficiente de ponderação que reflecte o custo esperado de tratar um doente típico dum GDH, expresso em termos relativos face ao custo médio do doente típico nacional, a que corresponde um coeficiente de ponderação de 1.0 (Portal de codificação clínica e dos GDH, 2011)

² Case-mix é o coeficiente global de ponderação da produção que reflecte a relatividade de um hospital em relação a outros, tendo em consideração o n.º de doentes, patologias complexas e consequentemente consumidoras de recursos (IGIF, 2007).

Bentes *et al.* (1996) defendem que com a introdução do financiamento por GDH pretendeu-se afectar os recursos de forma mais equitativa e simultaneamente melhorar a eficiência dos hospitais públicos. Carvalho (2010) cita Bentes, afirmando que este sistema de classificação é um “indutor da eficiência” e consegue controlar os custos porque o risco financeiro é transferido dos pagadores para os prestadores.

Carvalho (2010) aponta, no entanto, críticas tais como: a possibilidade da prestação de cuidados de saúde vir a ser prejudicada quando o hospital tenta reduzir o tempo de internamento ou o número de serviços no sentido de aumentar a eficiência e a produtividade. Este tipo de acontecimentos pode acarretar aumento de custos devido a uma maior taxa de reinternamentos. A selecção adversa também é uma das críticas, devido ao internamento de doentes mais rentáveis para o hospital em detrimento de doentes que pela sua gravidade comportam maior risco financeiro para o hospital. O autor aponta ainda mais uma crítica importante, a inadequação dos pesos relativos ao contexto em que são aplicados, ou seja, nem sempre os pesos relativos reflectem a intensidade de recursos utilizados e consequentemente o peso relativo da prestação de cuidados de saúde por GDH.

No seguimento destas críticas, Rich & Freeland (1998) defendem que o aparecimento do pagamento por GDH foi um programa concebido para reduzir custos através de incentivos económicos para altas antecipadas. Manifestam preocupação, relativamente ao efeito dos GDH sobre a qualidade dos cuidados prestados e a possibilidade de altas precoces de múltiplos diagnósticos originarem reinternamentos.

Dismuke & Sena (1999), concluem que o impacto dos GDH foi muito positivo, nos três meios auxiliares de diagnóstico estudados, o que podia ser explicado pelo facto de os administradores hospitalares estarem a corresponder às expectativas desse sistema de financiamento.

Portugal está equiparado a outros países que introduziram este sistema, na medida em que se observam resultados como aumento do número de episódios de internamento com um simultâneo decréscimo da demora média de internamento e um aumento do ICM, o que se traduz em ganhos de eficiência (tratar doentes mais complexos em menos tempo) (Mateus, in Simões, 2010).

Por exemplo, na Suécia a introdução dos GDH levou a um aumento da eficiência e produtividade, resolvendo também listas de espera devido à redução dos dias de internamento e

aumento do número de cirurgias. No entanto em 1997, esses níveis de produtividade começaram a diminuir devido a classificações erradas (Carvalho, 2010).

3 - CARACTERIZAÇÃO DO CENTRO HOSPITALAR DO ALTO AVE EPE

Várias alterações têm surgido no tipo de gestão dos hospitais em consideração na última década, aliás à semelhança do que se passou nos hospitais portugueses. Em 2005, uma alteração decretada pela tutela Central levou a até então o Hospital Senhora da Oliveira SA, passasse a EPE (Decreto-Lei nº 233/2005). A criação do Centro Hospitalar do Alto Ave EPE, ocorreu em 1 de Março de 2007, fundindo os Hospitais, Senhora da Oliveira – Guimarães e S. José – Fafe (Decreto-Lei 50-A/2007 de 28 de Fevereiro) (Portal do CHAA, 2011). A sua estrutura organizacional encontra-se representada no anexo I.

A área de influência do Centro Hospitalar abrange seis concelhos - Guimarães, Cabeceiras, Celorico de Basto, Fafe, Felgueiras e Vizela cobrindo uma população de cerca de 335 mil habitantes.

O Centro Hospitalar do Alto Ave EPE iniciou a sua acreditação em Maio de 2004 (ainda Hospital Senhora da Oliveira) pelas normas da *Joint Commission International*. Em Dezembro de 2008 o Centro Hospitalar – Unidade de Guimarães conseguiu a sua Acreditação pela *Joint Commission International* (Portal de codificação clínica e dos GDH, 2011). O presente estudo analisa dados dos serviços de Medicina Interna das duas unidades (Fafe e Guimarães).

A unidade de Guimarães possui instalações modernas, inauguradas em 1991, distribuídas por três edifícios com três, cinco e onze pisos. A capacidade total de internamento é de cerca de 500 camas. O serviço de medicina tem uma lotação de 88 camas (medicina homens e mulheres), com uma lotação de 93,06%, no período entre Janeiro e Junho do presente ano e a demora média de internamento é de aproximadamente 9 dias (anexo II).

Guimarães tem uma população de 159 576 habitantes (censos de 2001). O índice de envelhecimento, tem vindo a crescer, sendo em 2004 de 61,4%.

A estrutura demográfica do concelho tem-se alterado nos últimos anos devido ao envelhecimento da população aos fluxos migratórios no concelho, fenómeno sentido com mais intensidade nas freguesias rurais. Em 2001, o conselho tinha 16 323 habitantes idosos, sendo o género feminino mais representativo (Rede social do concelho de Guimarães, 2007).

A unidade de Fafe tem uma lotação que ronda as 100 camas. Tem uma lotação de 47 camas (homens e mulheres) sendo que a sua taxa de ocupação é de 80,40% e a duração média de internamento é de 8,8 dias (anexo II).

A população do concelho tem vindo a aumentar. No último recenseamento populacional (2001), o número de habitantes era de 52 732 habitantes. Nos últimos trinta anos a população de Fafe foi perdendo juventude, acompanhando a tendência nacional. As causas são as mesmas: diminuição da fecundidade e aumento de esperança de vida (Coimbra, 2007).

3.1- PROCESSAMENTO DA ALTA NO CENTRO HOSPITALAR

Uma instituição de saúde deve trabalhar em prol da continuidade de cuidados. Como tal, deve considerar os cuidados que presta como parte de um sistema integrado de serviços, de profissionais de saúde e de níveis de prestação de cuidados. Os objectivos do sistema da qualidade na preparação da alta são fazer face às necessidades de cuidados, coordenando os serviços prestados ao doente na instituição e planear as altas de forma a dar um uso mais eficiente dos recursos disponíveis. Para tal a política de orientação da alta ou transferência dos doentes é iniciada o mais cedo possível no processo de cuidados e se possível incluir a família (Portal de codificação clínica e dos GDH, 2011).

A incerteza é uma das causas de ansiedade do doente quando se encontra hospitalizado. O planeamento atempado da alta em equipa tem uma influência positiva na redução dessa ansiedade e receios. Cabete (2005) defende que a equipa de saúde deverá elaborar um plano de cuidados globais de acordo com as necessidades do doente internado, promovendo a autonomia e posterior reinserção na sociedade, com a finalidade de o preparar para o regresso a casa. Assim sendo, o processamento da alta não deve ser tratado como um procedimento meramente administrativo executado no acto da saída do hospital. Existe uma grande variabilidade na prática clínica, incluindo nas decisões e procedimentos de internamento, alta e de reinternamento. Muitas das decisões, podem transparecer alguma arbitrariedade, variabilidade sem explicação óbvia. Os estilos de prática, de intervenção, de observação variam entre médicos o que poderá levar a sensação de decisões incorrectas. A prática clínica não é um fenómeno exacto e reproduzível. Pode até ser influenciada pelas condições de trabalho (Câmara, 2003). Os estudos orientam-se para compreender a variação da prática clínica e conhecer as melhores práticas.

Eliopoulos (2005) num estudo sobre internamentos de idosos defende que o planeamento da alta deve ser precoce e bem elaborado devendo incluir a prevenção de complicações, redução

do risco de reinternamentos e contribuir para minimizar o stress tanto para o próprio doente como para o cuidador.

Pompeo *et al.* (2007) notam que na prática clínica observa-se frequentemente que a alta é dada essencialmente no momento de saída do doente. São dadas muitas orientações ao mesmo tempo com a agravante de muitas delas não serem orientadas por escrito dificultando a compreensão do doente e/ou familiares levando facilmente à ocorrência de erros. Os autores defendem que a alta deve ser preparada por uma equipa multidisciplinar e um sumário da alta deve ser preparado pelo enfermeiro, contendo um resumo conciso e instrutivo sobre as condições do doente, dando ênfase ao processo preparação tanto do doente como da família. Este encaminhamento é uma ferramenta importante para garantir a continuidade dos cuidados.

Nos Estados Unidos, por exemplo, o planeamento de alta é obrigatório, medida que parece contribuir decisivamente para a uma menor taxa de reinternamentos. No Reino Unido o Departamento de Saúde também publicou um guia prático de alta na atenção sanitária e social, passando o planeamento de alta a ser um passo preliminar para atingir resultados esperados. O objectivo é seguindo a tendência mundial da redução dos custos, reduzir a estadia no hospital, reduzir os reinternamentos, preservando a qualidade dos cuidados prestados (Shepperd *et al.*, 2004).

No Manual da Qualidade - Actualização dos Padrões da Acreditação da JCI para os Hospitais (2008), faz-se referência ao procedimento da alta clínica no capítulo ACC (Acesso a Cuidados de Saúde e Continuidade de Cuidados de Saúde) que se encontra abaixo descrita: ACC.3 – *em relação à alta ou envio de pacientes, passa a ser exigida a existência de uma “política” em vez de apenas um “processo” para apoiar a decisão de envio ou de alta; passa a ser exigida uma política e um procedimento para regular as situações em que é permitido aos pacientes internos abandonarem o hospital durante um certo período de tempo, como ir passar o fim-de-semana a casa.*

ACC.3.2 – *passa a ser exigido um sumário da decisão da alta ao prestador responsável por garantir a continuidade dos cuidados prestados ao doente ou que se encarregará dos cuidados de acompanhamento.*

Segundo o fluxograma do processo da alta (0138_Pro_ACC, Anexo III), a sua preparação deve ser iniciada o mais precocemente possível pelo médico e enfermeiro. Durante o internamento,

no sentido de preparar a alta, é aplicado o guia de orientação para alta aos familiares pelo enfermeiro (anexo III). Avaliam-se necessidades no decorrer dos ensinios.

O médico deve avaliar o doente e verificar se satisfaz os critérios de alta. Logo de seguida procede-se à alta clínica preparando o documento de alta médica (anexo IV) e alta de Enfermagem (anexo IV). Um exemplar de cada documento deve ficar no processo do doente no hospital, outro com o doente e os originais devem ser endereçados para o médico e enfermeiro de família, afim destes poderem dar continuidade aos cuidados médicos necessários. Depois de ter sido dada alta médica é efectuada a alta administrativa na secretaria.

Não existem dados, mas no decorrer deste processo em medicina interna, há normalmente uma perda do rasto dos doentes que tiveram alta. Ao contrário, na alta da cirúrgica de ambulatório há uma continuidade de cuidados, através de um telefonema de controlo passadas 24 horas da alta clínica.

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

4 – METODOLOGIA

Propomo-nos realizar um estudo quantitativo baseado na comparação de dados das duas unidades do Centro Hospitalar do Alto Ave (Fafe e Guimarães). Os dados são referentes ao ano de 2010, estudando os indivíduos que tiveram alta dos serviços de medicina nesse ano e foram obtidos através do Gabinete de Apoio à Gestão do Centro Hospitalar do Alto Ave EPE durante o mês de Março do corrente ano. Contamos também com o apoio do Gabinete de Estatística para esclarecimento do modo como são codificados os Grupos de Diagnóstico Homogéneos.

No estudo foram tomadas as precauções necessárias para proteger os dados utilizados. Foi feito o pedido de autorização ao Conselho de Administração dos Hospital (anexo V). Os dados são limitados na informação que nos dão sobre o reinternamento e as características do doente.

4.1 – OBJECTIVOS DO ESTUDO EMPÍRICO

Como já referimos o objectivo do trabalho empírico é estudar os reinternamentos nos serviços de medicina das unidades Fafe e Guimarães. Procuramos com a análise de dados disponíveis compreender:

- Se as taxas de reinternamento estão associadas às características das Unidades do Centro Hospitalar;
- Se as taxas de reinternamento estão associadas aos Grupos de Diagnóstico Homogéneos (GDH);
- Se as taxas de reinternamento estão associadas ao número de dias do internamento anterior.

De acordo com a literatura colocamos as seguintes hipóteses

1. As taxas de reinternamento estão associadas às características das unidades de saúde, pelo que esperamos observar diferenças significativas entre as unidades
2. As taxas de reinternamento são mais frequentes em algumas doenças crónicas pelo que esperamos encontrar diferenças entre os GDH's

3. Quando controlado para os riscos das doenças, esperamos encontrar associação entre a duração do internamento anterior e a propensão a internamento.

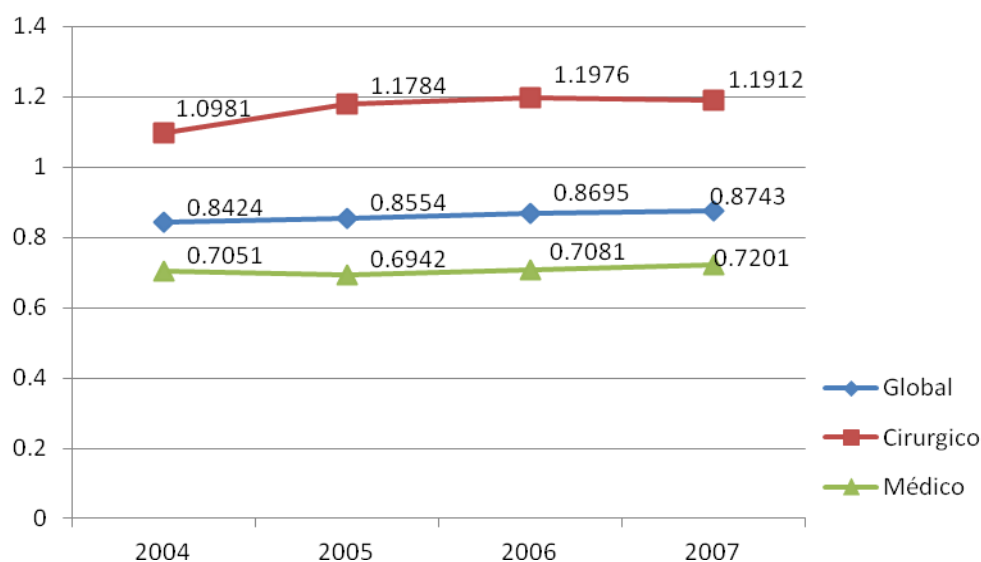
5 - ANÁLISE DO RELATÓRIO DE RETORNO

Em primeiro lugar analisamos o relatório de retorno de 2007 focando na informação relativa aos GDH's disponíveis mais frequentes na medicina. O relatório de retorno é um documento oficial de agregação dos dados do hospital, publicado pela ACSS, entidade centralizadora dos dados dos hospitais. Passamos a fazer esta análise para reflectir a realidade do Centro Hospitalar do Alto Ave no que respeita a dados relativamente aos GDH, já que este documento apresenta dados que reflectem a actividade da entidade hospitalar, comparando os dados obtidos a nível nacional, por região de saúde ou por grupo de financiamento.

Segundo o transcrito neste relatório e conforme indica o gráfico 1, o ICM do Centro Hospitalar aumentou desde 2004 até 2007. Esse aumento traduz-se no aumento gradual da complexidade dos doentes tratados ao longo dos anos da análise.

Verifica-se também um aumento mais significativo da complexidade dos doentes com GDH cirúrgicos ao longo dos anos enquanto o ICM do GDH médico manteve-se na ordem dos 0,7,.

Gráfico 1 – Evolução do índice de Case-Mix do Centro Hospitalar do Alto Ave – Internamento



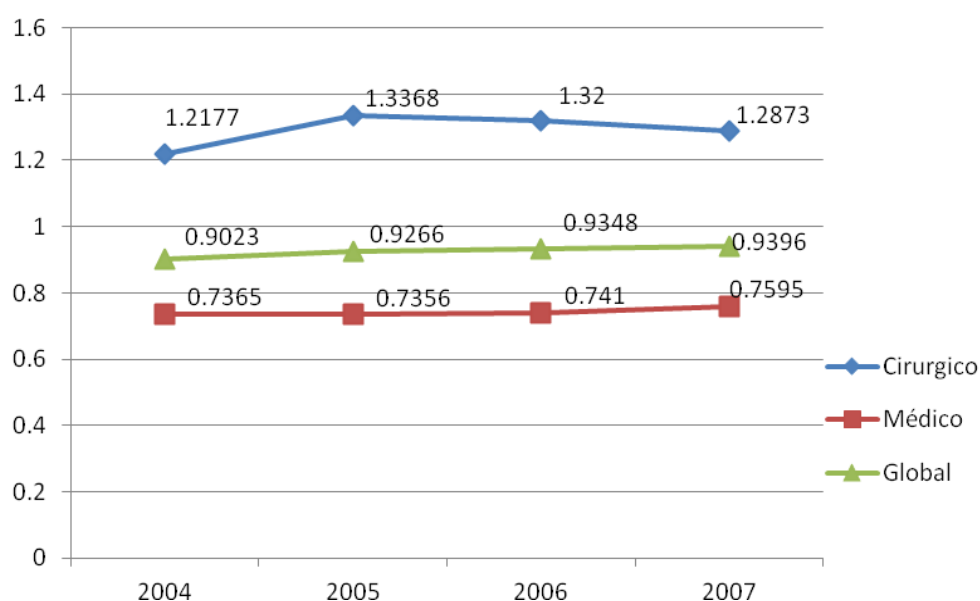
Fonte: Adaptado Relatório de Retorno do CHAA, 2007

Para efeitos de comparação analisamos um hospital do grupo em que está o Centro Hospitalar do Alto Ave, grupo IV (os hospitais estão agrupados e classificados para efeitos de financiamento e de comparação de indicadores).

O Centro Hospitalar do Alto Minho é um hospital do grupo IV, o ICM não se distancia do Centro Hospitalar do Alto Ave. Observa-se que o ICM médico se manteve ao longo dos anos em estudo e o ICM cirúrgico sofreu uma elevação mas desde 2005 a 2007 esteve em declínio (gráfico 4), no entanto sempre com um ICM mais elevado do que o Centro Hospitalar do Alto Ave.

Segundo a nossa pesquisa, sendo o ICM nacional por definição igual a 1, afastando-se desse valor conforme se trate uma proporção maior ou menor de doentes agrupados em GDH de elevado peso relativo face ao padrão nacional, o ICM do Centro Hospitalar do Alto Ave revela alguma complexidade dos doentes tratados. No entanto, comparativamente com um hospital do mesmo grupo, tem valores inferiores.

Gráfico 2 - Evolução do índice de Case-Mix do Centro Hospitalar do Alto Minho - Internamento



Fonte: Adaptado do Relatório de Retorno do CHAM 2007

A tabela 2 apresenta a evolução das demoras médias do Centro Hospitalar, do grupo e nacional nos 25 GDH com maior número de doentes saídos do Centro Hospitalar. Baseando-nos na informação apresentada nessa tabela, constata-se que a demora média de internamento, nas unidades do Centro Hospitalar em estudo, no ano de 2007, em grande parte dos GDH apresentados é inferior à média do grupo e nacional. A demora média do GDH 541 (Perturbações

respiratórias, excepto infecções, bronquite ou asma com complicação ou comorbilidade maior) é maior e distancia-se cerca de dois dias da média nacional e de grupo. O GDH 88 (Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica) também tem uma demora média maior, embora o valor não se distancie tanto do grupo e nacional. Os dois GDH's estão relacionados com doenças respiratórias. Além destes, também o GDH 89 (Pneumonia e Pleurisia simples, idade > 17 anos com complicação e comorbilidade), embora com uma demora média menor à do grupo e nacional. Sem dados fortes para concluir, associamos estes valores ao clima da região e à elevada taxa de envelhecimento.

Os outros GDH com maior demora média relativamente ao grupo e nacional são: o GDH 55 (Procedimentos diversos, ouvidos, nariz, boca e garganta), o GDH 775 (Bronquite e asma, idade <18 anos sem complicação ou comorbilidade), GDH 125 (Doenças Circulatórias, excepto Edema Agudo do Miocárdio – EAM, com cateterismo cardíaco e sem diagnóstico complexo), GDH 208 (Doenças nas Vias Biliares sem complicação ou comorbilidade), embora todos eles dentro do limiar inferior e máximo definido por lei.

Usando ainda a informação apresentada na mesma tabela, observamos também que na maioria dos GDH's o número de doentes saídos do Centro Hospitalar do Alto Ave diminuiu em 2007. A demora média do internamento no Centro Hospitalar situou-se dentro dos limiares (inferior e máximo) definidos na legislação (portaria nº 567/2006 de 12-06-2006). Dos grupos apresentados destaca-se a demora média do GDH 14 – Acidente Vascular Cerebral com enfarte com 7,22 dias, afastando-se da média de grupo (9,37dias) e nacional (9,45 dias). Esta diferença pode estar associada à variabilidade da prática clínica e traduzir-se em altas precoces resultando em doentes com risco de reinternamento.

Tabela 2: Evolução das demoras médias do Centro Hospitalar, do grupo e nacional - 25 GDH com maior número de doentes saídos do Centro Hospitalar

GDH	Nº Doentes		Demora média do Centro Hospitalar		Demora média grupo		Demora média nacional	
	2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007
629	2567	2425	2,64	2,58	2,91	2,86	2,94	2,89
373	1323	1068	2,36	2,34	2,79	2,78	2,83	2,84
371	799	830	3,53	3,57	4,17	4,17	4,30	4,28
372	513	567	2,84	2,70	3,28	3,25	3,40	3,32
14	550	527	7,05	7,22	9,25	9,37	9,41	9,45
89	518	437	8,78	9,08	10,55	10,24	10,50	10,37
359	369	341	4,43	4,18	4,64	4,43	4,56	4,38
541	395	313	10,83	14,40	11,82	11,58	12,15	11,90
6	346	287	1,22	1,14	1,61	1,64	1,66	1,63
88	258	277	7,69	9,11	8,75	8,81	8,88	8,91
119	238	277	1,87	1,71	2,16	2,25	2,01	2,15
167	271	267	3,14	3,06	3,34	3,31	3,29	3,21
466	164	257	11,97	9,36	10,80	11,83	9,59	9,79
777	211	254	3,41	2,72	3,01	3,10	3,08	3,26
162	302	249	1,61	1,67	2,40	2,31	2,45	2,36
127	276	244	8,61	8,64	8,45	8,65	8,62	8,79
55	265	239	2,91	3,00	2,44	2,51	2,70	2,71
25	178	209	5,60	4,32	4,96	4,72	4,85	4,80
775	233	202	4,88	5,00	4,36	4,51	4,46	4,49
125	134	201	3,81	7,59	3,58	5,06	2,82	3,19
139	311	199	2,31	3,25	3,70	3,92	3,79	3,94
204	226	195	6,85	6,72	7,94	7,99	8,05	8,06
208	203	180	6,31	7,29	6,66	6,58	6,66	6,56
381	180	169	1,79	1,49	1,84	1,79	1,97	1,94
494	195	167	2,57	2,87	3,15	3,17	3,18	3,16

Fonte: Adaptado do Relatório de Retorno do CHAA 2007

Analisando os 25 GDH com maior número de dias de internamento no hospital (Tabela 3) constatamos que na maior parte dos GDH apresentados os dias de internamento aumentam de 2006 para 2007. Este facto poderá estar associado ao aumento da complexidade de casos tratados, ou à variabilidade na prática clínica.

Nesta tabela verifica-se também que a demora média de internamento do hospital está próxima da demora média do grupo e nacional, estando também dentro da demora média corrigida imposta pela tabela nacional de GDH (portaria nº 567/2006 de 12-06-2006) ou muito próximo desse valor. De salientar, que nesta tabela encontram-se 9 dos GDH com maior número de reinternamentos no Centro Hospitalar. São o 541 - Perturbações respiratórias, excepto infecções, bronquite ou asma, com CC major, 89 - Pneumonia e Pleurisia simples, idade > 17 anos com CC, 14 - Acidente Vascular Cerebral com enfarte, 88 - Doença pulmonar Obstrutiva Crónica, 533 - Outros transtornos do sistema nervoso, excepto acidentes isquémico transitório, convulsões e cefaleias com CC major, 79 - Infecções e Inflamações respiratórias, idade > 17 anos, com CC, 127 - Insuficiência Cardíaca e Choque, 540 - Infecções e Inflamações respiratórias com CC major e 90 - Pneumonia e Pleurisia simples, idade > 17 anos sem CC.

Com a presença de 5 GDH do foro respiratório na tabela, podemos concluir que um número significativo dos dias de internamento no Centro Hospitalar se deve a doentes com doenças respiratórias. Salienta-se o GDH 540 (Infecções e Inflamações respiratórias com Complicação ou Comorbilidade major) com uma demora média em 2006 de 24,76 dias contra 15,54 dias em 2007. Tanto em 2006 como em 2007, a demora média desse GDH encontra-se desajustada da demora média do grupo e nacional. Com estes valores, reforça-se a ideia de que os problemas respiratórios são os necessitam de maior intervenção no Centro Hospitalar.

Tabela 3 – Evolução das demoras médias do Centro Hospitalar, do grupo e nacional - 25 GDH com maior número de dias de internamento no Centro Hospitalar

GDH	Nº Doentes		Demora média do hospital		Demora média grupo		Demora média nacional	
	2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007
629	6784	6246	2,64	2,58	2,91	2,86	2,94	2,89
541	4277	4506	10,83	14,40	11,82	11,58	12,15	11,90
89	4548	3969	8,78	9,08	10,55	10,24	10,50	10,37
GDH	Nº Doentes		Demora média do Hospital		Demora média do Grupo		Demora média nacional	
	2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007
14	3875	3804	7,05	7,22	9,25	9,37	9,41	9,45
371	2823	2966	3,53	3,57	4,17	4,17	4,30	4,28
88	1983	2523	7,69	9,11	8,75	8,81	8,88	8,91
373	3128	2499	2,36	2,34	2,79	2,78	2,83	2,84
466	1963	2405	11,97	9,36	10,80	11,83	9,59	9,79
533	2061	2270	12,64	14,84	17,28	18,01	17,18	18,41
79	900	2244	19,57	13,52	17,46	15,59	16,32	16,10
127	2376	2107	8,61	8,64	8,45	8,65	8,62	8,79
557	1831	2099	14,65	12,72	13,26	13,13	13,77	13,86
211	1850	1927	12,01	12,68	12,64	12,30	13,10	12,71
540	1040	1896	24,76	15,54	21,04	18,81	20,02	19,45
818	2047	1596	10,55	10,50	11,41	10,90	11,70	11,25
372	1458	1533	2,84	2,70	3,28	3,25	3,40	3,32
125	511	1525	3,81	7,59	3,58	5,06	2,82	3,19
359	1633	1425	4,43	4,18	4,64	4,43	4,56	4,38
544	1257	1419	9,74	10,21	10,63	10,90	11,38	11,65
208	1281	1312	6,31	7,29	6,66	6,58	6,66	6,56
204	1549	1311	6,85	6,72	7,94	7,99	8,05	8,06
90	1481	1261	8,05	9,27	8,30	8,30	8,26	8,43
243	1053	1122	9,08	11,22	7,00	7,24	7,17	7,27
82	1093	1098	7,92	8,93	10,48	11,38	11,27	11,74
219	1284	1038	8,34	9,35	8,31	7,82	8,12	7,57

Fonte: Adaptado do Relatório de Retorno do CHAA 2007

Analisando a tabela com maior número de doentes saídos do hospital (Tabela 4), verificamos que também nesta tabela existem GDH's médicos que vão de encontro aos do nosso estudo tais como: 14 - Acidente Vascular Cerebral com enfarte; 89 - Pneumonia e Pleurisia simples, idade > 17 anos, com CC; 88 - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica; 541 - Perturbações respiratórias, excepto infecções, bronquite ou asma, com CC major e 127 - Insuficiência Cardíaca e Choque.

Tabela 4 – Número de doentes por tipo - 25 GDH com maior número de doentes saídos do hospital

GDH	Nº Doentes	
	2006	2007
629	2567	2425
373	1323	1068
371	799	830
372	513	567
14	550	527
89	518	437
359	369	341
541	395	313
6	346	287
88	258	277
119	238	277
167	271	267
466	164	257
777	211	254
162	302	249
127	276	244
55	265	239
25	178	209
775	233	202
125	134	201
139	311	199
204	226	195
208	203	180
381	180	169
494	195	167

Fonte: Adaptado do Relatório de Retorno do CHAA 2007

Dos GDH de interesse no nosso estudo, salienta-se desta tabela o GDH 14 com 527 doentes saídos do hospital em 2007. É o GDH do estudo com maior número de doentes saídos. Nos restantes, o nº de doentes saídos diminuiu de 2006 para 2007 excepto no GDH 88 (Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica).

Das tabelas 2 e 4 destaca-se também o GDH 125 – perturbações circulatórias excepto enfarte agudo do miocárdio, sem diagnóstico complexo. Dos 201 episódios em 2007, o tempo de internamento médio foi de 7,59 dias, face a uma demora média do grupo (5,06 dias) e nacional (3,19 dias). Estamos perante uma situação anormal e preocupante, comparando com as outras instituições de saúde e face a uma demora média legal de 2,4 dias, embora estando dentro do limiar inferior e máximo previstos na lei. A situação poderá advir de vários factores tais como clínicos, processuais, administrativos (codificação), uma vez que em 2006 o valor era de 3,81 dias.

Como já for referido no estudo, os reinternamentos tendem a ser considerados como um indicador de qualidade dos cuidados médicos. Apresentamos na tabela 5 os 10 GDH cirúrgicos com maior taxa de reinternamentos.

Constata-se que em 2007 houve 46 reinternamentos nestes 10 GDH e em média há maior percentagem de reinternamentos no centro hospitalar comparativamente com a média do grupo e à média nacional. O GDH em que houve maior número de reinternamentos foi o GDH 155 (procedimentos no esófago, estômago e duodeno, idade > 17 anos, sem complicação ou comorbilidade).

Os GDH's em que a média de reinternamentos é menor do que a média do grupo e nacional são o 113 (amputações por perfurações circulatórias sistémicas, excepto do membro superior e de dedo do pé) e 148 (Grandes procedimentos no intestino delgado e no intestino grosso, com complicações e comorbilidades). Mais uma vez poderemos associar esta diferença à variabilidade da prática clínica do Centro Hospitalar comparativamente com o grupo e nacional.

Tabela 5 – Percentagem de reinternamentos nos GDH cirúrgicos - 10 GDH com maior % de reinternamentos no CHAA

GDH	Descrição	Nº total de doentes	Nº de reinternamentos	Percentagem		
				Hospital	Grupo	Nacional
154	Procedimentos no esófago, estômago e duodeno, idade > 17 anos, com CC	38	6	15,79	9,93	9,42
817	Substituição da anca, por complicações	43	6	13,95	6,24	5,31
585	Procedimentos major no estômago, esófago, duodeno, intestino delgado e intestino grosso, com CC major	48	6	12,50	8,93	8,41
852	Procedimentos cardiovasculares percutâneos, com stent não eluidor de fármacos, sem enfarte agudo do miocárdio	53	5	9,43	5,32	4,02
155	Procedimentos no estômago, esófago e duodeno, idade > 17 anos, sem CC	77	7	9,09	7,98	5,92
311	Procedimentos transuretrais, sem CC	44	4	9,09	6,48	4,95
113	Amputação por perturbações circulatórias, excepto do membro superior e dedo do pé	34	3	8,82	12,93	12,76
262	Biópsia e excisão local da mama por doença não maligna	46	4	8,70	2,35	2,03
148	Grandes procedimentos no intestino delgado e no intestino grosso, com CC	37	3	8,11	9,95	10,12
358	Procedimentos no útero e seus anexos, por carcinoma in situ e doença não maligna, com CC	30	2	6,67	3,50	3,12

Fonte: Adaptado do Relatório de Retorno do CHAA 2007

6 – AMOSTRA DO ESTUDO

Para compreender os determinantes dos reinternamentos nestas duas unidades consideramos uma amostra de conveniência, constituída pelos doentes que foram internados nos serviços de medicina do CHAA e que tiveram alta no ano de 2010. Os internamentos nos serviços de medicina das unidades de Fafe e Guimarães foram 5698. Destes, um total de 1172 foram reinternados (gráfico 3), sendo que 761 foram nos serviços de medicina da unidade de Guimarães e 411 nos serviços de medicina da unidade de Fafe (gráfico 4).

Gráfico 3 – Internamentos nas duas unidades hospitalares

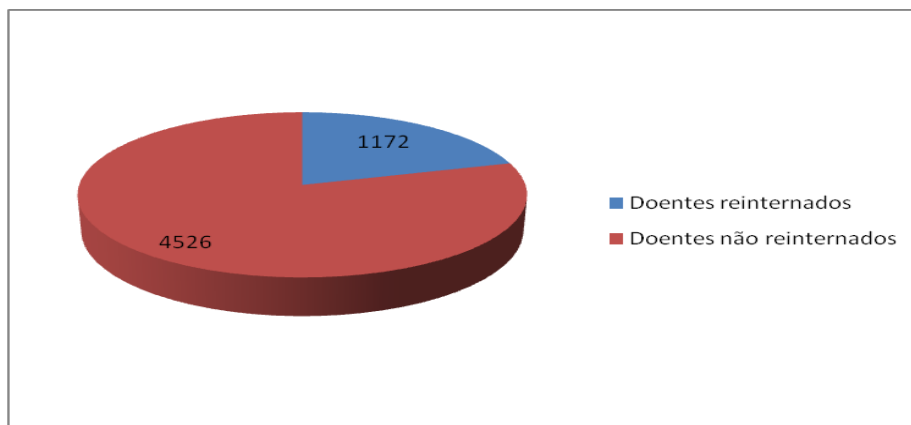
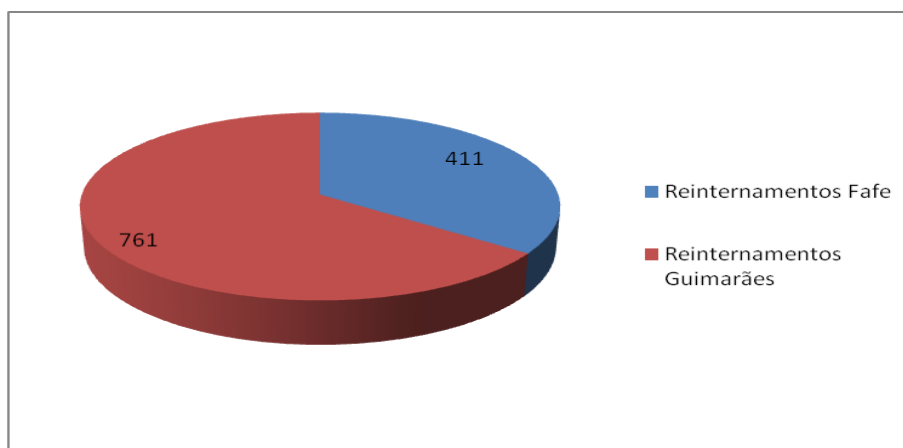


Gráfico 4 – Amostra por unidade hospitalar



7 - ANÁLISE DOS DADOS ESTATÍSTICOS

Os dados obtidos foram tratados recorrendo ao programa estatístico STATA. Para comparação dos valores médios, das duas unidades hospitalares e foi aplicado o teste t-student.

A principal limitação dos dados obtidos é o facto de estes serem censurados, isto é, não nos é permitido saber se indivíduos que tiveram alta nas unidades do hospital perto do fim do ano de 2010 foram (ou não) reinternados. Por exemplo, considerando os reinternamentos a 30 dias, não sabemos se os indivíduos que foram internados em Dezembro de 2010 voltaram a ser reinternados. Por outro lado temos, relativamente a 2009, apenas os indivíduos internados nos últimos dias de 2009 são observados. As taxas de reinternamento são assim subavaliadas. O problema de dados censurados agrava-se nas variáveis de internamento mais espaçado.

Criamos diferentes variáveis de interesse, a saber:

Reint – Variável binária igual a 1 se o indivíduo foi reinternado no período em análise, 0 caso contrário

Reint 30 – Variável binária igual a 1 se o indivíduo foi reinternado após 30 dias de ter tido alta, 0 caso contrário

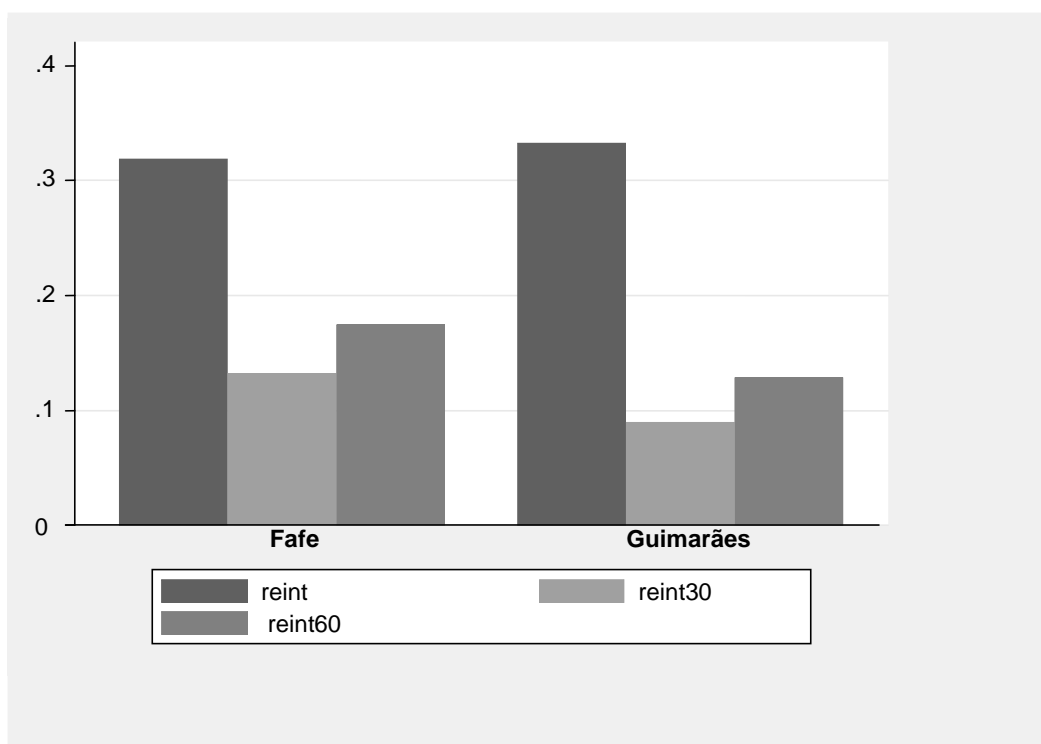
Reint 60 – Variável binária igual 1 se o indivíduo foi reinternado após 60 dias de ter tido alta, 0 caso contrário

Dias de internamento – Número de dias que o indivíduo esteve internado na unidade de Fafe ou Guimarães.

No Centro Hospitalar do Alto Ave, pelo menos 32,8% dos internamentos ocorridos nos 12 meses em análise (ano de 2010) resultaram em reinternamentos. Sendo que 10,1% dos reinternamentos observados ocorreram 30 dias após a alta e 14,1% após 60 dias. Em média, os reinternamentos ocorrem 56 dias após a alta.

Comparativamente com a Unidade de Fafe, a unidade de Guimarães regista maior percentagem de reinternamentos, cerca 33,2% contra 31,8%, conforme nos demonstra o gráfico 5.

Gráfico 5 – Média de reinternamentos no Centro Hospitalar do Alto Ave

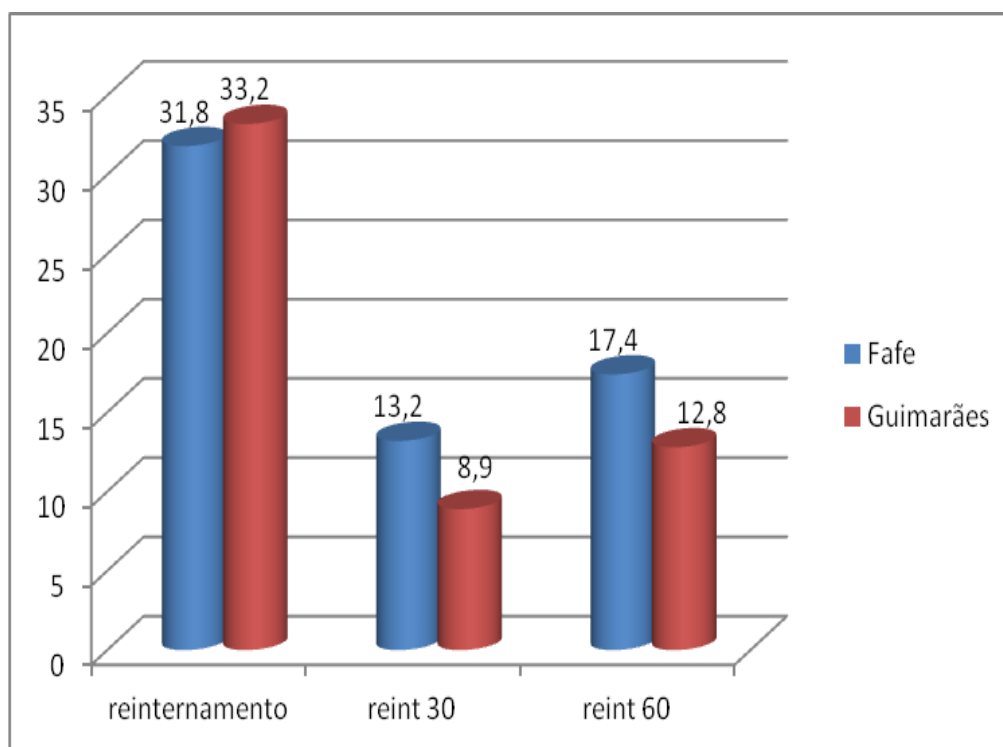


A unidade de Fafe tem, no entanto uma maior percentagem de reinternamentos a 30 e 60 dias (13,2% e 17,4%, respectivamente) perfazendo um valor de 30,6%. Podemos concluir que do total de reinternamentos apenas 1,2% são após os 30 e 60 dias (Gráfico 6).

Na unidade de Guimarães muitos dos reinternamentos são posteriores aos 60 dias após a alta, tendo por isso menor probabilidade de estarem associados a internamento anterior ou a alta precoce, de acordo com a nossa pesquisa bibliográfica. A percentagem de reinternamentos a 30 dias é de 8,9% e a 60 dias é de cerca 12,8% (Gráfico 6). Cerca de 11,5% dos internamentos ocorrem após os 60 dias da alta.

Os valores a 30 são consideráveis nas duas unidades reflectindo necessidades de intervenção.

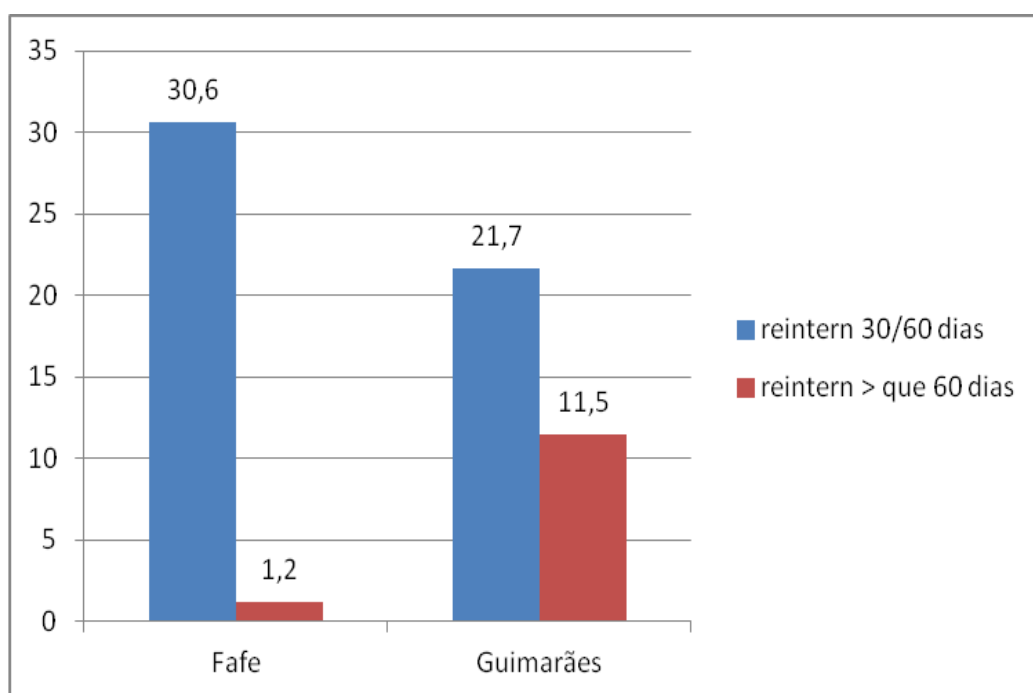
Gráfico 6 – Média reinternamentos no Centro Hospitalar do Alto Ave



As diferenças entre os reinternamentos totais e a 30 e 60 dias nas unidades do Centro Hospitalar estão ilustradas no gráfico 7. Deparamo-nos com diferenças entre as duas unidades que merecem reflexão.

A unidade de Fafe tem uma lotação menor e como já foi referido, tem uma taxa de reinternamentos a 30 e 60 dias maior do que a unidade de Guimarães. Não temos dados suficientes para fazer esta associação, mas essa alta taxa de reinternamentos a curto prazo (30/60 dias), considerando a pesquisa bibliográfica, pode estar associada a falta de investimento na preparação da alta, altas precoces e falta de acompanhamento no domicílio.

Gráfico 7 – Diferença entre reinternamentos maiores e menores que 60 dias no CHAA



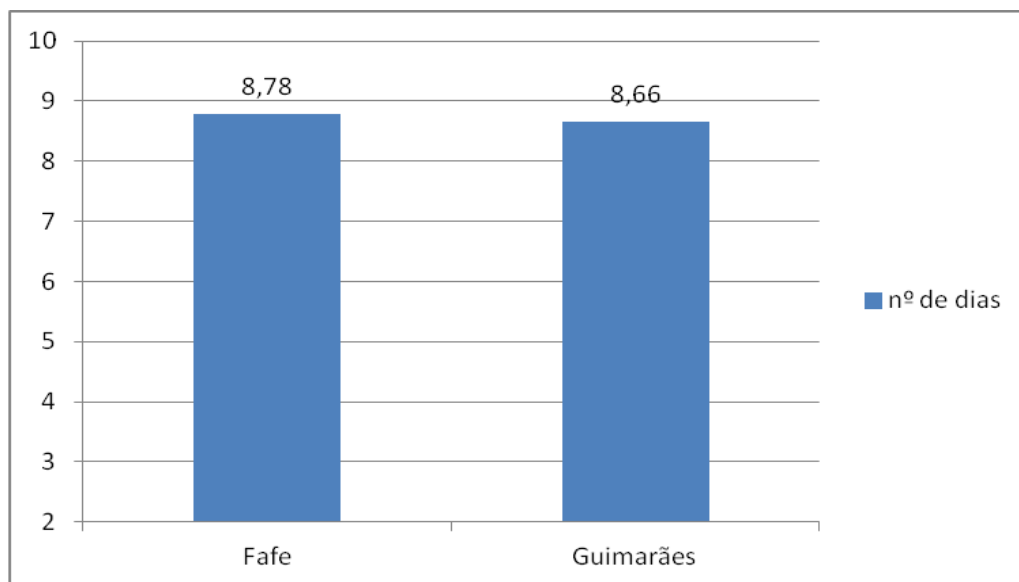
De acordo com os resultados do teste de *t-student*, concluímos que a diferença na média de reinternamentos entre as unidades não é estatisticamente significativa aos níveis convencionais, isto é não podemos rejeitar a hipótese nula, de que as médias são iguais aos níveis convencionais de significância ($p=0,319$).

De acordo com os resultados, a média de reinternamentos a 30 dias na Unidade de Fafe (13,2%) é maior do que em Guimarães (8,9%). De acordo com o teste *t-student*, podemos concluir que a diferença na média de reinternamentos a 30 dias na Unidade de Fafe e de Guimarães é estatisticamente significativa aos níveis convencionais de significância, ($p=0,00$). A média de reinternamentos a 60 dias é igualmente maior em Fafe do que em Guimarães e essa diferença também é estatisticamente significativa aos níveis convencionais de significância ($p=0,00$).

Em relação aos dias de internamento, a média no Centro Hospitalar é de aproximadamente 9 dias. Nas unidades de Fafe e Guimarães a média dos dias de internamento nos doentes reinternados não é muito diferente (8,78 dias contra 8,66 dias respectivamente) conforme nos indica o gráfico 8. A diferença no número de dias médio de internamento das unidades através de acordo com o teste *t-student*, não é estatisticamente significativa aos níveis convencionais de significância ($p=0,62$).

Devemos notar de que de acordo com análise do relatório de retorno concluímos que o limiar máximo e mínimo de dias de internamento depende do GDH atribuído, pelo que o valor médio é pouco ilustrativo.

Gráfico 8 – Média de dias de internamento nas Unidades de Fafe e de Guimarães



Passamos a analisar os reinternamentos nos GDH. O gráfico 9 ilustra os que têm maior média de reinternamentos. Os GDH's com maior percentagem de reinternamentos estão, em geral, relacionados com problemas respiratórios. Os GDH's com valores acima dos 40% pertencem à Grande Categoria Diagnóstica 4 – Doenças e Perturbações do Aparelho respiratório, sendo eles o GDH 88 – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (4,19%); GDH 96 – Bronquite e asma, idade > 17 anos, com Complicação ou Comorbilidade (4,4%); GDH 540 – Infecções e Inflamações respiratórias com Complicação ou Comorbilidade major (4,38%).

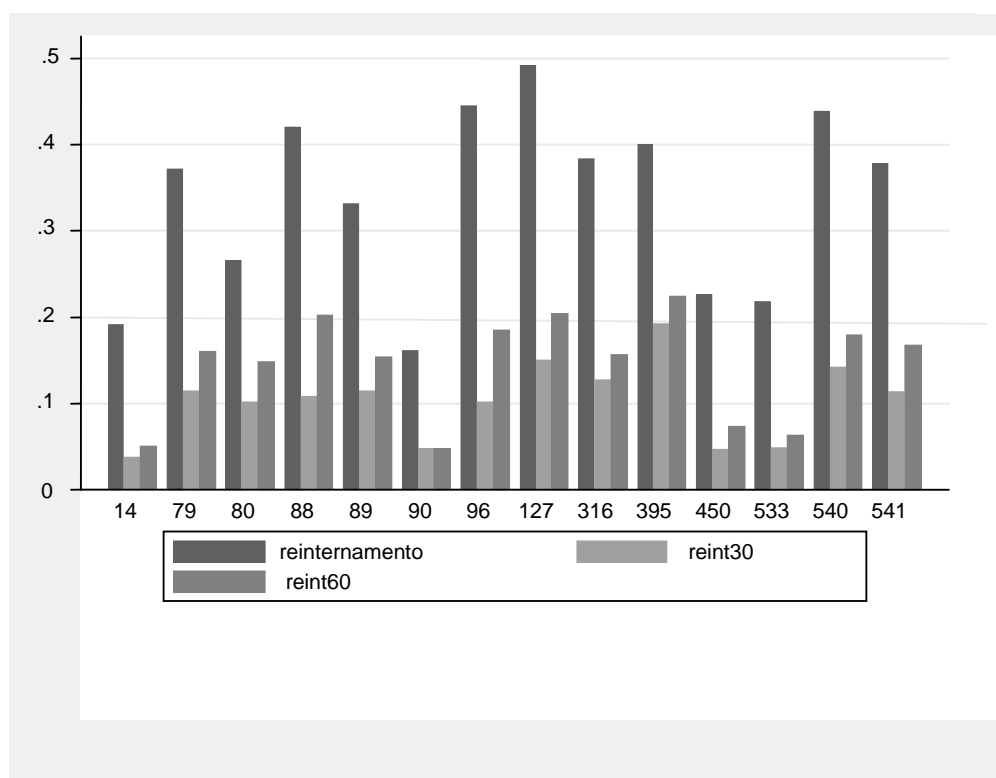
O GDH 127 (Insuficiência Cardíaca e Choque) é o que tem a maior média de reinternamentos (4,9%) indo de encontro à evidência de trabalhos anteriores que indicam que é dos motivos mais frequentes de reinternamento em pessoas com mais de 65 anos. Neste GDH uma grande percentagem de reinternamentos ocorre após os 60 dias. É assim mais difícil associar estes reinternamentos ao internamento anterior e a altas precoces.

O GDH com maior média de reinternamentos a 30 e 60 dias no Centro Hospitalar é o 395 – Perturbações dos eritrócitos, idade > 17 anos (1,9% e 2,2%).

De entre os GDH seleccionados, o que apresenta menor média de reinternamentos total é o GDH 90 - pneumonia e pleurisia simples em idade superior a 17 anos sem complicação ou comorbilidade (1,61%). O GDH 89 corresponde à mesma patologia mas com outra descrição, pneumonia e pleurisia simples em idade superior a 17 anos com complicações. Esse GDH tem comparativamente uma média de reinternamento muito superior (3,3%). Este facto também poderá ser atribuído a uma má preparação da alta, lacunas na continuidade dos cuidados ou a altas precoces.

O GDH 14 (Acidente Vascular Cerebral com enfarte) é dos GDH seleccionados com menores médias de reinternamentos a 30 e 60 dias, ocorrendo a maior parte após essa data. Não temos dados suficientes para reforçar a ideia, mas os reinternamentos deste GDH poderão não estar associados a repetições de AVC.

Gráfico 9 – Grupos de Diagnóstico Homogéneo (GDH) com maior média de reinternamentos



Identificação dos GDH:

- 14 – Acidente Vascular Cerebral com enfarte
- 79 – Infecções e Inflamações respiratórias, idade > 17 anos, com CC
- 80 – Infecções e Inflamações respiratórias, idade >17 anos, sem CC
- 88 – Doença pulmonar Obstrutiva Crónica
- 89 – Pneumonia e Pleurisia simples, idade > 17 anos com CC
- 90 – Pneumonia e Pleurisia simples, idade > 17 anos sem CC
- 96 – Bronquite e asma, idade > 17 anos com CC
- 127 – Insuficiência Cardíaca e Choque
- 316 – Insuficiência Renal
- 395 – Perturbações dos eritrócitos, idade > 17 anos
- 450 – Intoxicações e efeitos tóxicos de drogas, idade > 17 anos sem CC
- 533 – Outros transtornos do sistema nervoso, excepto acidentes isquémico transitório, convulsões e cefaleias com CC major
- 540 – Infecções e Inflamações respiratórias com CC major
- 541 – Perturbações Respiratórias, excepto infecções, bronquite ou asma, com CC major

As doenças respiratórias são as que mais necessitam de intervenção para prevenir os reinternamentos. A região tem uma altitude significativa e as temperaturas baixas e humidade são predominantes logo mais predispostas a este tipo de patologias.

Relativamente ao número de dias de internamento observamos que o GDH que tem maior número de dias é o 533 – Outros transtornos do sistema nervoso, excepto acidente isquémico transitório, convulsões e cefaleias com Complicação ou Comorbilidade major (17 dias).

As doenças respiratórias acompanham os GDH com número de dias de internamento também elevados conforme nos indica a tabela 6.

Tabela 6 – Dias de internamento dos GDH com maior média de reinternamento

GDH	Dias de internamento
14	8,28
79	10,21
80	10,15
88	7,33
89	9,06
90	8,18
96	8
127	8,53
316	7
395	6,95
450	9,9
533	17,1
540	11,1
541	11,8

Na tentativa de encontrar uma relação estatística entre as variáveis, foi estimada a correlação entre o número de dias do internamento anterior e a probabilidade de reinternamento. O coeficiente de correlação é positivo, estatisticamente significativo a níveis convencionais ($p=0,004$), mas indica uma correlação muito fraca (Coeficiente de correlação (r)= 0.0404) sendo assim difícil estabelecer uma associação convincente entre o tempo de internamento e o reinternamento.

Foi analisada também a correlação entre o número de dias do internamento anterior e os reinternamentos a 30 e 60 dias. A correlação estimada entre as variáveis do número de dias do internamento anterior e reinternamento a 30 dias também é fraca ($r= 0.0252$) e não é estatisticamente significativa para um nível de significância de 5% ($p=0,075$).

A relação entre as variáveis número de dias do internamento anterior e reinternamento a 60 dias é positiva mas fraca sendo difícil estabelecer uma relação entre as variáveis ($r=0.0400$) sendo significativa para um nível de significância de 5% ($p=0,004$).

Em geral, não encontramos associação entre o número de dias de internamento e a probabilidade de ser reinternado. O sinal positivo do coeficiente de correlação estimado sugere que o número de dias do internamento anterior esta associado à gravidade do doente e por tal a probabilidade de reinternamento.

CONCLUSÃO

Compreender os determinantes dos reinternamentos permite intervir de uma forma mais eficaz nas estratégias de prevenção.

Este estudo deu-nos uma visão dos reinternamentos no Centro Hospitalar, nomeadamente taxas de reinternamento assim como as patologias que estão associadas ao maior número de reinternamentos.

Realizamos uma análise ao Relatório de Retorno de 2007 no sentido de obter um termo de comparação entre o Centro Hospitalar do Alto Ave e outros hospitais a nível nacional. O Centro Hospitalar teve demoras médias menores comparativamente com hospitais nacionais. O ICM do hospital revela alguma complexidade dos doentes tratados, no entanto comparativamente com um hospital do mesmo grupo tem valores inferiores.

Das percentagens de reinternamentos obtidas no Centro Hospitalar concluímos que esses dados poderão estar associados a altas mal programadas ou precoces. Poderão também estar associados a falhas no elo de ligação entre cuidados de saúde hospitalares e de ambulatório, ou os cuidados de ambulatório não serem suficientes para corresponder às necessidades dos doentes tratados.

O estudo demonstrou que as unidades hospitalares têm diferentes taxas de reinternamento o que não parece associado a nenhum dos factores estudados, pelo que se poderá associar a diferentes práticas clínicas e de gestão.

A correlação entre o número de dias do internamento anterior e a probabilidade de reinternamento é fraca, sendo difícil estabelecer uma relação entre as variáveis, no entanto essa correlação entre o número de dias do internamento anterior e reinternamento a 30 dias também é fraca mas não é estatisticamente significativa. De uma forma geral não encontramos correlação mas o sinal positivo da associação sugere que o número de dias do internamento anterior está antes associado à gravidade do doente e por tal a probabilidade de reinternamento.

Novos projectos podem ser estimulados de forma a intervir nesta problemática nomeadamente nas estratégias de prevenção. A criação de uma equipa de acompanhamento dos doentes com altas médicas, dos serviços de medicina (pessoalmente e via telefone durante 24 horas), na tentativa de resolver problemas em ambulatório, pode ser uma das soluções.

Contudo, este estudo teve importantes limitações relacionadas com a quantidade e qualidade dos dados assim como a dificuldade em os obter.

O estudo mostra que GDH's com maior percentagem de reinternamentos estão relacionados com problemas respiratórios sendo as doenças respiratórias aquelas que necessitam de maior intervenção. São também os que têm maior número de dias de internamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 3M tm Health Information Systems. (2008). Potentially preventable readmission classification system. 55, p. 6.
- Administração Central do Sistema de Saúde. (2007) Sistema de Classificação de Doentes em Grupos de Diagnósticos Homogéneos (GDH) – Informação de Retorno. Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE.
- Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS). (2007). Sistema de Classificação de Doentes em Grupos de Diagnósticos Homogéneos (GDH) – Informação de Retorno. Centro Hospitalar do Alto Minho, EPE.
- Administração Central do Sistema de Saúde, IP. Portal de Codificação Clínica e dos GDH (2011). Consultado: 23/06/11 em http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/P%C3%A1gina_principal
- Administração Central do Sistema de Saúde. (2010). Contrato Programa 2011. Lisboa, p.1-67.
- Anderson, G. & Steinberg, E. (1984). Hospital Readmissions in the Medicare Population. New England Journal of medicine. 311(21), p.1349-1353.
- Araújo, D. & Pontes, M (2002). Doenças crónicas. In Neves, M.C.P. Comissões de Ética: das bases teóricas à actividade quotidiana. Coimbra: gráfica de Coimbra, p. 301-319.
- Ashton, C. M.; Kuykendall, D. H.; Johnson, M. L.; Wray, N. P. & Wu, L. (1995). The association between the Quality of Inpatient Care and Early Readmission. Annals of Internal Medicine, 122(6), p. 415-421.
- Ashton, C.M. & Wray, N.O (1996). A conceptual framework for study of early readmissions as an indicator of quality care. Soc. Sci. Med., 43, 1533-41.
- Barros, P. (1999). Eficiência e qualidade: mitos e contradições. Colóquio-Debate “Eficiência e Justiça em cuidados de saúde”, Academia das ciências, Lisboa.
- Benbassat, J. & Taragin, M. (2000). Hospital Readmissions as a Measure of Quality of Health Care. American Medical Association, p. 1074-1079.
- Bentes M., Gonçalves M. Tranquada, S,& Urbano J. (1996). A utilização dos GDHs como instrumento de financiamento hospitalar. Gestão Hospitalar, p. 33-42.
- Beth F. & Heather D. (2010). Readmissins Policy and Prevention. Trustee. 63(3), p. 17.
- Boutwell, A. & Hwu, S. (2009). Effective interventions to Reduce Rehospitalizations: A Survey of the Published Evidence. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement, p. 1-14.

- Cabete, D. (2005). O Idoso a Doença e o Hospital: o Impacto do Internamento Hospitalar no Estado Funcional e Psicológico das Pessoas Idosas. Loures: Lusociência.
- Cámara, A. G.(2003). La medicina basada en evidencias científicas: mito o realidad de la variabilidad de la práctica clínica y su repercusión en los resultados en salud. ANALES Sis San Navarra, 26(1), p.11-26.
- Canadian Institute for Health Information. (2004). Acute Care Grouping Methodologie: From Diagnosis Related Groups to Case Mix Groups Redevéloupement, p.2.
- Carvalho, J. (2010). Sistemas de Financiamento Hospitalar: Uma Reflexão. Tese de Mestrado Integrado de Medicina Interna. Porto: Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, p. 12-14.
- Coimbra, A. (2007). Fafe 30 anos de Poder Local (1976-2006 – Alguns Aspectos. Câmara Municipal de Fafe.
- Colmorten, E. ; Clausen, T. & Bengtsson, S. (2003). Providing integrated health and social care for older persons in Denmark. The Danish National Institute of Social Research, p. 1-8.
- Desharnais, S., McMahon, L. & Wroblewski, R. (1991). Measuring outcomes of hospital care using multiple risk-adjusted indexes. Health Services. Research, 26, p. 425-445.
- Dias, P.; Parente, F.; Gaspar, E.; Carrola, P.; Alexandrino, M. & Moura, JJ A. (2002). Avaliação do percurso intra-hospitalar após a alta de um serviço de medicina interna. Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, 9(4), p. 219-224.
- Dismuke, C. E. & Sena, V. (1999). Has DRG payment influenced the technical efficiency and productivity of diagnostic technologies in Portuguese public hospitals? An empirical analysis using parametric and non parametric methods. Health Care Management Science, 2(2), p. 107-116.
- Eliopoulos, C. (2005). Enfermagem Gerontológica. Porto Alegre, Artmed Editora.
- Fortin, M. (2003). O processo de investigação da concepção à realização. Trad. De Nidia Salgueiro. Loures: Lusociência.
- Goldfield, N. I.; McCullough, E. C.; Hughes, J. S.; Tang, A. M.; Eastman, B.; Rawlins, L. K. & Averill, R. F. (2008). Identifying Potentially Preventable Readmissions. Health Care Financing Review, 30(1), p. 75-91.
- Hannan, E. L.; Racz, M. J.; Walford, G. Ryan, T. J.; Wayne, O.; Bennett, E. & Jones, R. H. . (2003). Predictors of Readmission for Complications of Coronary Artery Bypass Graft Surgery. JAMA, 290 (6), p.773-780.

- IGIF (2007) – Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde. Calculo de doentes equivalentes e do índice de casemix de acordo com a portaria nº 110-A/2007 de 23 de Janeiro e portaria nº 567/2006 de 12 de Junho. Ministério de Saúde.
- Jencks, S. Williams, M. & Coleman, E. (2009). Rehospitalizations among Patients in the Medicare Free-for-Service Program. *New England Journal of Medicine*, 360, p. 1418-28.
- Joint Commission International. (2008). Atualização dos Padrões da Acreditação da JCI para os Hospitais. 3ª Edição.
- Kartha, A.; Anthony, D.; Manasseh, C. S.; Greenwald, J. L.; Chetty, V. K.; Bergess, J. F.; Culpepper, L. & Jack, B. W. (2007). Depression is a Risk Factor for Rehospitalization in Medical Inpatients. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*, 9(4), p. 256-262.
- Leff, B. (2009). Defining and disseminating the hospital-at-home model. *CMJA*, 180(2), p.156-157.
- Louro, M. (2009). Cuidados continuados no domicílio. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem. Universidade do Porto - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, p. 127-133.
- Luthi, J.; Burnand, B.; McClellan, W. M.; Pitts, S. R. & Flanders, W. D. (2004). Is readmission to hospital an Indicator of poor process of care for patients with heart failure? *Qual Saf Heath care*, 13, p. 46-51.
- Martinez, J. L. A.; Diez, B. L.; Agara, M. E.; Echezarreta, M. A. U. & Arencibia, C. G. (2001). Reingreso Hospitalario en Medicina Interna. *Anales de Medicina Interna*, 18(5), p. 248-254.
- Mateus, C. (2010). Sistemas de classificação de doentes como instrumento de gestão. In Simões, Jorge “ 30 anos do Serviço Nacional de Saúde”. Almedina, p. 392-408.
- Milne, R. & Clarke, A. (1990). Can readmission rates be used as an outcome indicator? *British Medical Journal*, 301(17), p. 1139-1140.
- Ministério da Saúde. (2006). Indicadores de desempenho do SNS. Painel de indicadores, p. 1-2.
- Minott, J. (2008.). Reducing hospital readmissions. *AcademyHealth*.
- Mujtaba, H. (2001). Readmissions of patients to hospital: still ill defined and poorly understood. *International journal for Quality in Health Care*, 13(3), p. 177-179.
- Petronilho, F. (2008). A transição da família para o exercício do papel de cuidadora. Programa de Doutoramento em Enfermagem. Universidade de Lisboa, p. 3-4.
- Pignatelli, C. (2006). 12º Congresso Nacional de Medicina Interna. Porto. Consultado em 18/09/11, disponível em <http://WWW.min-saude.p/a+saude+em+portugal.htm>

- Pittsburgh Regional Health Initiative. (2011). Spreading Quality Containig Costs. PRHI Readmission Reduction Guide: A Manual for Preventing Hospitalizations, p. 4-6.
- Pompeo, D.; Pinto, M.; Cesariano, C.; Araújo, & R.; Poletti, N. (2007). Actuação do enfermeiro na alta hospitalar: reflexões a partir dos relatos de pacientes. Acta Paul Enferm. Vol. 30, nº 3, 2007, p. 345-350.
- Rede Social do Concelho de Guimarães. (2007). Plano de Desenvolvimento Social 2007-2008, p. 14-17.
- Rich, M. & Freeland, K. (1998). Effect of DRGs on Three – Month Readmission Rate of Geriatric Patients with Congestive Heart Failure. American Journal of Public Health, 78(6), p. 680-682.
- Ryan, C. (2009). Readmission Impact Study, Ingenix helps employers save on unnecessary readmission costs and provide quality care. Ingenix, p. 1-3.
- Santana, R. (2005). O financiamento hospitalar e a definição de preços. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Lisboa, 5, p. 93-118.
- Santana, R. (2006). O financiamento hospitalar e a definição de preços. Financiamento hospitalar, 5, p. 93-117.
- Shah, G. (s.d.). Hospital Re-admissions: So Wat? National Association of Halth Data Organizations (s.d).
- Shepperd, S.; Parkes, J.; Mcclaran, J. & Phillips, C. (2004). Discharge Planning from Hospital to Home. The Cochrane Database of Systemy Reviews, p.3.
- Shipton, (1996) S. Risk factors associated with multiple readmissions. Homecare Provid, p. 83-85.
- Sousa, P. (2009). Ajustamento pelo risco em cardiologia de intervenção: análise de resultados na perspectiva da qualidade e da segurança do utente. Dissertação de Doutoramento em Saúde Pública. Lisboa : Escola Nacional de Saúde Pública.
- Thomas, J. (1996). Does risk-adjusted readmission rate provide valid information on hospital quality? Inquiry, 33, p. 258-270.
- Tzavaras, A.; Spyropulos, B. & Gruen, R. (2006). Diagnosis Related Groups: Approval and Suitability for the Greek National Health System. Proceedings of ITAB 2006, 26-28 October 2006, Greece
- Unidade Operacional de Financiamento e Contratualização. (2007). Sistema de Classificação de Doentes em Grupos de Diagnósticos Homogéneos (GDH) – Informação de Retorno (Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE). Administração Central do Sistema de Saúde, IP.

- Weissman, Joel. (2001). Readmissions – Are we asking too much? International journal for Quality in Health Care, 17(3), p. 183-185.
- Westert, G. P.; Lagoe, R. J.; Keskimaki, I.; Leyand, A. & Murphy, M. (2002). An international study of hospital readmissions and related utilization in Europe and the USA. Health Policy, 61, p. 269-278.
- Young, W.; Joyce D. Emes, J, Lucking, J, & Schwarzbach, R. (1991). READMISSIONS: Are They an Indicator of Quality of Care? Pittsburgh Business Group on Health and Blue Cross of Western Pennsylvania, p. 1-24.
- Zanon, U. (2000). Qualidade da Assistência Médico-Hospitalar: Conceito e avaliação de indicadores. RAS, 2(8), p. 17.
- Zanon, U. (2001). Qualidade da Assistência Médico-Hospitalar: Conceito, Avaliação e Discussão dos Indicadores de Qualidade. Rio de Janeiro: MEDSI Editora Médica e Científica Ltda, p.6.

Sites consultados

http://portal.chaa.min-saude.pt/portal/page/portal/CHAA/CHAA_Qualidade

<http://portal.chaa.min-saude.pt/portal/page/portal/CHAA/CHAA/Organizacao>

http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/P%C3%A1gina_principal

Legislação Consultada

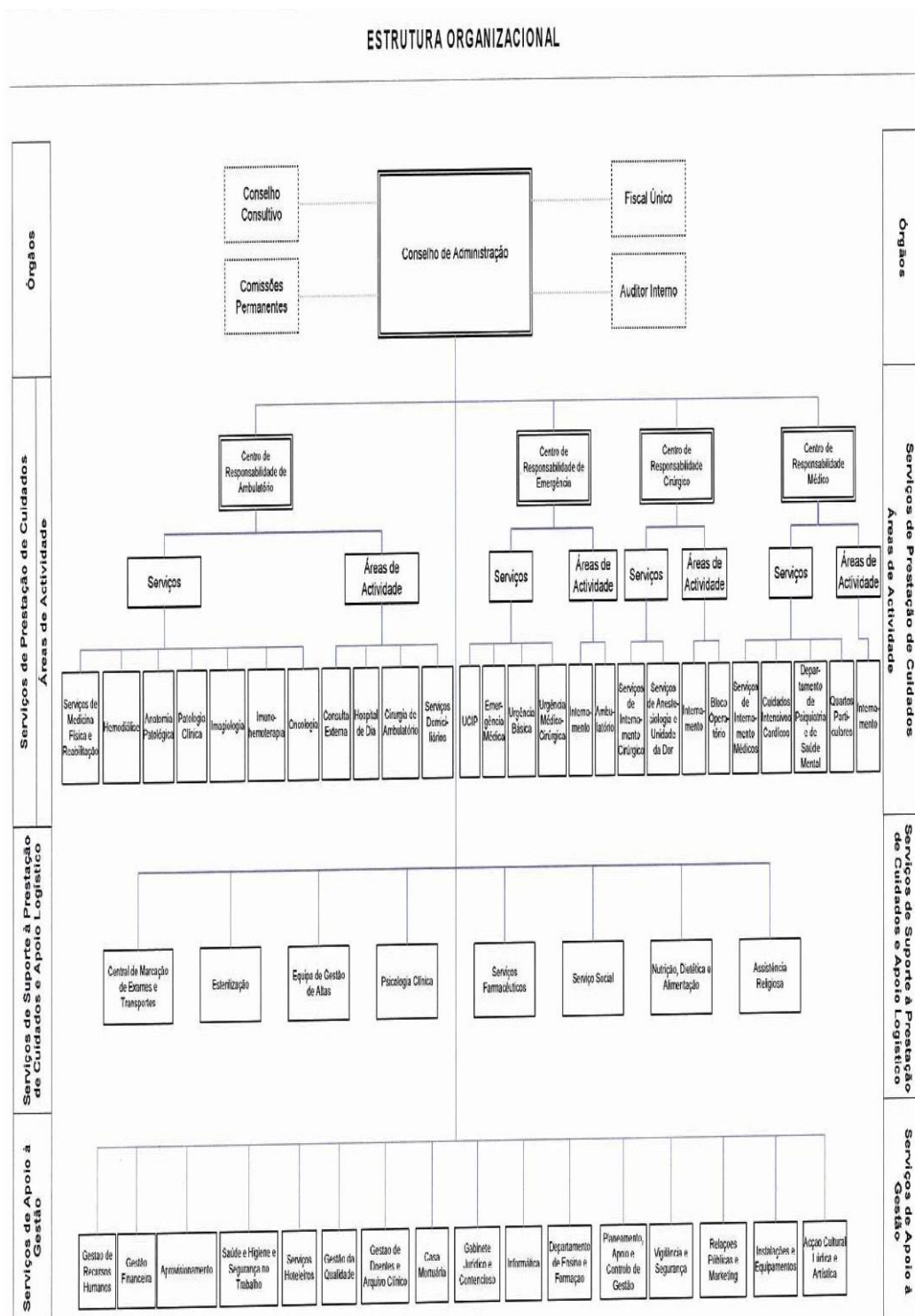
Portaria nº 132/2003 de 5 de Fevereiro de 2003

Portaria nº 132/2009, de 30 de Janeiro de 2009

Portaria nº 567/2006, de 12 Junho 2006

Anexos

Anexo I - Estrutura organizacional



Anexo II - Movimento de doentes

Centro Hospitalar do Alto Ave, E.P.E.

Ministério da Saúde - ICIPE

Elaborado em 16/06/11 as 11:45

Pag. 1/1

INTERNAÇÃO
MOVIMENTO DE DOENTES
Serviço Físico

Período de 01/01/2011 a 15/06/2011

MEDICINA INTERNA

	Exist.			Entrados			Saídos			Exist.			D. T.						
	Lotacao	em	em	Urg.	Cons. Transf.	Out.	Total Direct.	Falec. Tr/Ext.	Tr/int.	Total	15/06/11	I.S.		Demora Media	Taxa de Ocupacao				
	01/01/11	15/06/11	31/12/10																
UC-MEDICINA	88	88	71	988	2	510	56	1556	1204	163	31	150	1548	79	13594	13414	8.67	93.06	17.59
UF-MEDICINA INTERNA	47	47	34	424	35	240	0	699	597	74	5	23	699	34	6273	6152	8.80	80.40	14.87
Total	135	135	105	1412	37	750	56	1505	1801	237	36	173	2074	113	19867	19566	9.43	88.65	15.36
Total Global	135	135	105	1412	37	750	56	1505	1801	237	36	173	2074	113	19867	19566	9.43	88.65	15.36

Anexo III – Procedimento de alta



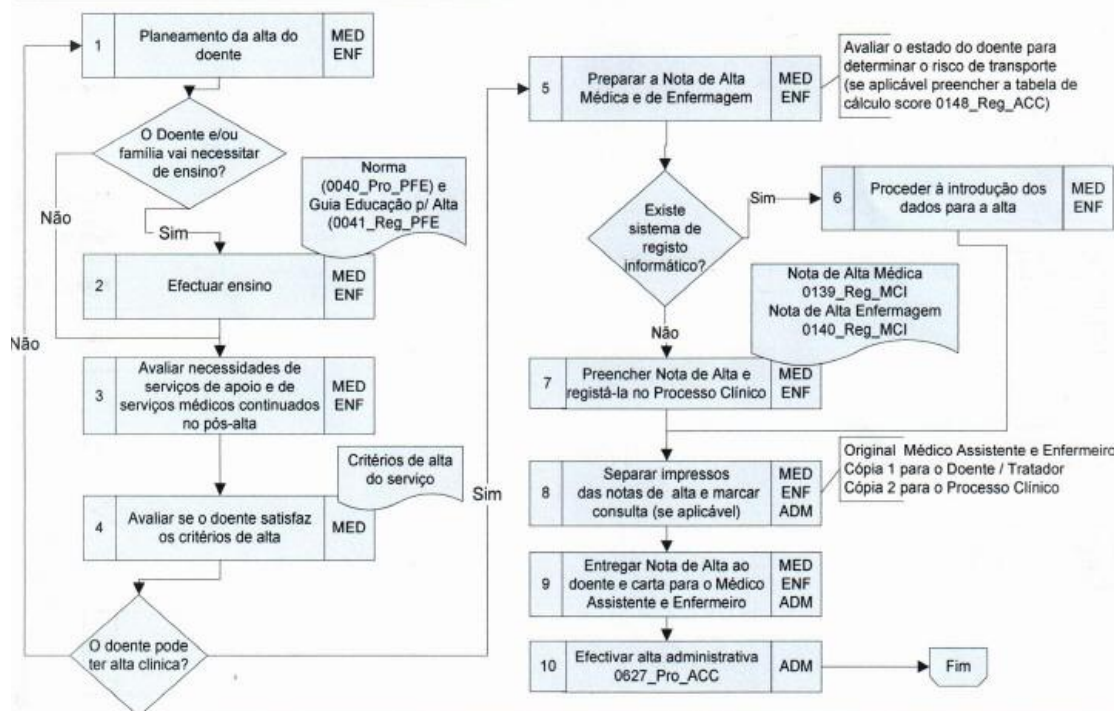
Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE

Acreditação JCI



Código
0138_Pro_ACC
Pag. 1 / 1

1. Título	Processo para dar Alta ou Referenciar os Doentes
2. Normas JCI	ACC_3 EM 1, 2, 3, 4 e 5; ACC_3.1 EM 1, 2, 3 e 4; ACC_3.2 EM 1, 2, 3, 4, 5 e 6; ACC_3.3 EM 1 a 4
3. Objectivo	<ul style="list-style-type: none"> Assegurar um processo uniforme para dar alta ou referenciar os doentes, tendo em conta as necessidades de cuidados continuados e a disponibilidade dos indivíduos ou organizações que prestarão esses cuidados. Determinar o fornecimento de instruções adequadas sobre os tratamentos a efectuar pelo doente, e o local onde serão realizados incluindo a família neste procedimento (quando aplicável). Sensibilizar os profissionais de saúde para o planeamento precoce da alta do doente e a respectiva avaliação das redes de cuidados comunitárias adequadas às necessidades dos doentes. Definir os elementos que devem constar das notas de alta médica e de enfermagem.
4. Destinatários	Médicos, Enfermeiros e Administrativos
5. Revisão	1 ano após homologação pelo grupo ACC
6. Anexos	Nota de Alta Médica (0139_Reg_MCI), Nota de Alta de Enfermagem (0140_Reg_MCI); Efectivar a alta administrativa do Internamento (0627_Pro_ACC)
7. Procedimento	Siga os passos (ver fluxograma, em baixo)



Legenda:
ADM - Administrativo
ENF - Enfermeiro
MED - Médico

Notas / Políticas	
1	Este processo só é aplicável a doentes com alta ou referenciados para cuidados de saúde de ambatório. O planeamento da alta clínica deve ser iniciado precocemente, se possível logo após a admissão do doente.
2	Na actividade de ensino deve ser aplicável o processo de educação do doente e família (ver norma 0040_Pro_PFE)
3	Em função das necessidades do doente após alta, o médico e o enfermeiro deverão verificar se estão disponíveis na comunidade os serviços de apoio que o doente poderá precisar, podendo (se aplicável) ser contactados pelos respectivos profissionais de saúde. O doente e família deverão ser informados desses serviços comunitários.
4	Compete a cada Director de Serviço definir os critérios clínicos para que a alta ou referenciação do doente seja realizada de forma adequada.
5	No momento da comunicação da alta clínica a equipa de saúde deverá informar o doente/ família das instruções de follow-up que o mesmo deverá seguir no ambatório.
6	Se o sistema informático permitir a informação da alta poderá ser enviada directamente para o médico assistente e enfermeiro.
7	A nota de alta é obrigatória para todos os doentes e o seu preenchimento deve ser completo, tendo em conta todos os campos presentes no impresso (0139_Reg_MCI / 0140_Reg_MCI). No caso da nota de alta ser efectuada informaticamente deve respeitar na íntegra os mesmos campos constantes no impresso da nota de alta.
9	Quando não for possível a entrega da Nota da Alta, esta deve ser enviada por correio, no prazo máximo de 5 dias.

Edição n.º 1
Revisão n.º 2

Elaborado: GQ
27/04/2011

Aprovado: EC
28/04/2011

Homologado: António Barbosa
Presidente do Conselho de Administração
23/05/2011
CENTRO HOSPITALAR ALTO AVE, EPE

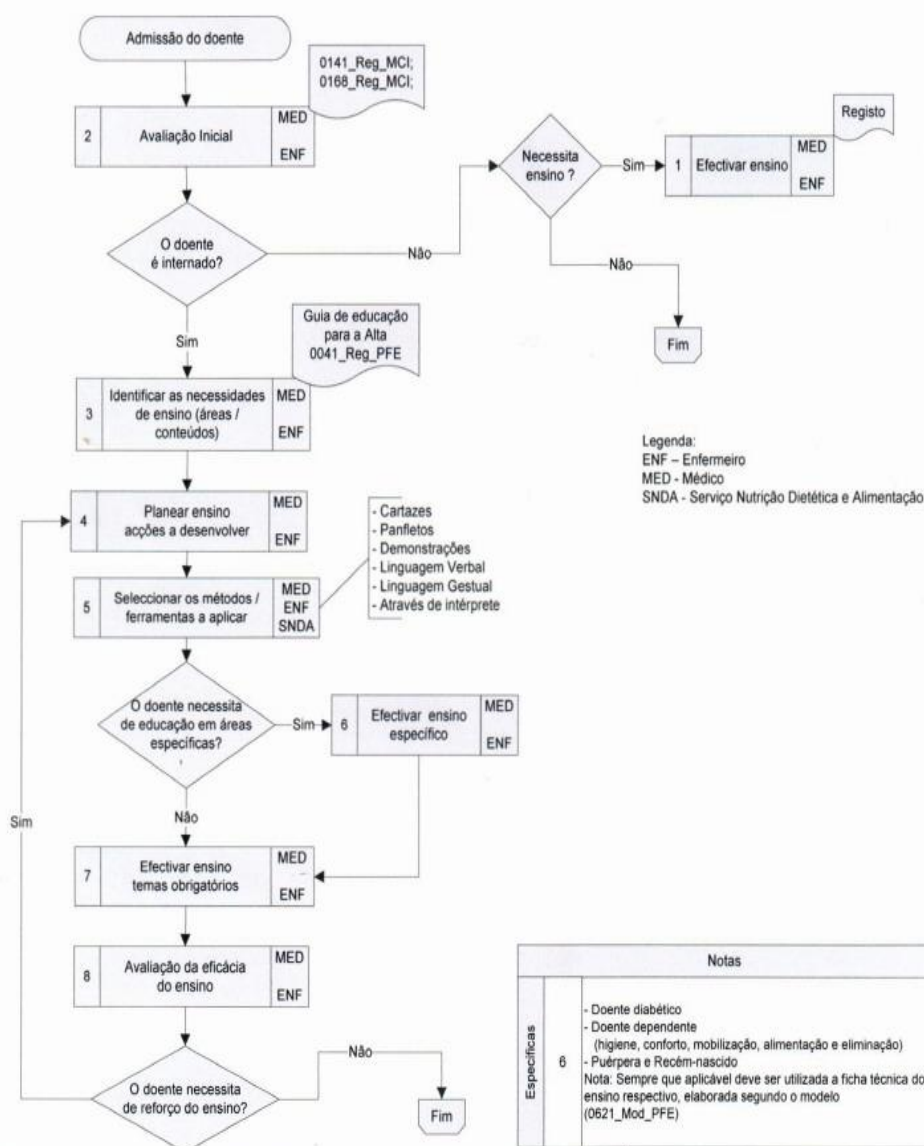


Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE
Acreditação JCI



Código
0040_Prc_PFE
Pag. 1 / 2

1. Título	Processo de Educação do Doente e Família
2. Normas JCI	PFE_1 EM 1 a 3; PFE_2 EM 1 a 7;
3. Objectivo	Dar resposta às necessidades educacionais de cada doente
4. Destinatários	Profissionais de saúde
5. Revisão	3 anos após homologação
6. Anexos	Guia de Educação para a Alta (0041_Reg_PFE); Modelo para Ficha Técnica de Ensino do Doente (0621_Mod_PFE)
7. Procedimento	Siga os seguintes passos do fluxograma para executar o procedimento:



Edição n.º 1 Revisão n.º 2	Elaborado: PFE 23/05/2011	Aprovado: EC 25/05/2011	Homologado: CA 06/06/2011
-------------------------------	------------------------------	----------------------------	------------------------------



Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE

Acreditação JCI



Código
0041_Reg_PFE
Pág. 1 / 2

Impresso para Guia da Educação para a Alta

CENTRO HOSPITALAR DO ALTO AVE, EPE

Serviço _____

Nº Processo _____

Nome _____

Data Nascimento: _____

Colar etiqueta de identificação

Guia da Educação para a Alta Nº Folha _____

A Previsão dias de Internamento _____ Comunicado ao Serviço Social _____ Comunicado à Equipa Gestão Alta _____ Alta Administrativa em _____

Médico: _____ Enfermeiro: _____ Assistente Social: _____

B Motivo de internamento _____

C Padrão de Conhecimento e Percepção

☐ Consciente ☐ Orientado ☐ Sonolento ☐ Vigil

☐ Inconsciente ☐ Desorientado ☐ Confuso ☐ Agitado

D Religião _____

E Necessidade de Planeamento de Alta – Assistente Social: ☐ SIM ☐ NÃO

F SIGLAS

RECEPTOR	SIGLAS	SIGLAS	SIGLAS	SIGLAS	SIGLAS	SIGLAS
U – Uterio	1 – Cognitivas	5 – Culturais	0 – Oral	VE – Verbaliza que Entendeu		
C – Condição	2 – Emocionais	6 – Religiosas	D – Demonstração	DH – Demonstra Habilidade		
P – Pal	3 – Sensoriais	7 – Físicas	E – Esperto	NE – Não Entendeu		
M – Mão	4 – Linguagem	8 – Outras	V – Vídeo	RR – Recomenda-se Retorno		
O – Outro			G – Grupo			

G **GUIA DE EDUCAÇÃO**

	Assinar (x)	1º ENSINO						2º ENSINO							
		DATA	RECEPTOR	BARREIRAS	MÉTODOS	AValiação	Nº MEC.	RUBRICA	DATA	RECEPTOR	BARREIRAS	MÉTODOS	AValiação	Nº MEC.	RUBRICA
1 Informação sobre a situação clínica															
Diagnósticos prováveis															
Hipóteses de tratamento															
Prognóstico															
Medicação															
Meios auxiliares de diagnóstico															
Consentimento informado															
Continuidade após alta															
2 Controle de infecção															
Segurança do doente															
Utilização segura de medicação															
3 <input type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> AP <input type="checkbox"/> AT															
Banho: <input type="checkbox"/> Cama <input type="checkbox"/> Chuveiro															
Importância / Frequência															
Incentivo ao auto-cuidado															
Vigilância da pele															
Prevenção de úlceras de pressão															

Código 0041_Reg_PFE

(Frente do impresso)

ção n.º 2

Elaborado: PFE
14/05/2008

Aprovado: EC
15/05/2008

Homologado: CA
15/05/2008

Presidente do Conselho de Administração
António Pinheiro



Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE

Acreditação JCI



Código
0041_Reg_MCI
Pág. 1 / 1

Impresso para Guia de Educação para a Alta

CENTRO HOSPITALAR DO ALTO AVE, EPE	
Serviço _____	<div>Nº Processo: _____ Nome: _____ Data Nascimento: _____</div> <p>Colar etiqueta de identificação</p>
Guia da Educação para a Alta Nº Folha: _____	
1 O ensino foi efectuado ao <input type="checkbox"/> doente <input type="checkbox"/> Família _____	
2 Existem barreiras (cognitivas, emocionais,...) à compreensão do ensino <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual? _____	
2.1. Foi usado o método adequado para ultrapassar essa barreira _____	
3 O método utilizado foi: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Demonstrativo <input type="checkbox"/> Escrito - Qual? _____ <input type="checkbox"/> Video <input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/> Outros _____	
4 Ensinos médicos obrigatórios O médico _____ Nº Mec. _____	
a) O doente / família foi informado sobre a sua situação clínica, incluindo o diagnóstico, plano de tratamento e prognóstico? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se não porque? _____	
b) Foi explicado ao doente a forma de tomar a medicação <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
c) Foi efectuada a informação para consentimento <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não aplicável	
5 Ensinos de enfermagem obrigatórios	
5.1. Controlo de Infecção	
a) Informar sobre procedimentos de isolamento	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não aplicável
b) Informar sobre procedimento de higienização das mãos	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
5.2. Utilização segura de medicação	
a) Informar sobre como tomar a medicação	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
b) Informar sobre os efeitos colaterais	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não aplicável
c) Informar sobre os efeitos do medicamento	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
5.3. Informar sobre utilização segura de equipamentos médicos	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não aplicável
5.4. Informar sobre prevenção de úlceras de pressão	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não aplicável
5.5. Informar sobre os recursos existentes na comunidade	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
5.6. Informar sobre a utilização de ajudas técnicas	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não aplicável
5.7. Informar sobre o controlo da dor	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não aplicável
5.8. Informar sobre Dieta / Suporte nutricional	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
6 Ensinos específicos (decorrentes da situação clínica) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	
7 O enfermeiro _____ Nº Mec. _____	
Nota: Se algum ensino for avaliado como não eficaz deve ser planeado um novo ensino no prazo de 24 horas até à alta, nas áreas respectivas.	

Edição n.º 2

Elaborado: GDQ
23.05.2011

Aprovado: EC
25.05.2011

Homologado: CA
26.06.2011

Anexo IV – Cartas de alta



Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE

Acreditação JCI



Código
0139_Reg_MCI
Pág. 1 / 3

Impresso para Nota de Alta Médica

CENTRO HOSPITALAR DO ALTO AVE, EPE		Nº Processo: _____ Nome: _____ Data Nascimento: _____	
Serviço: _____			
Médico			
Nota de Alta Médica		Nº Folha: _____	
Data de Internamento: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Data da Alta: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Motivo de Admissão 1			
Resumo da história clínica / conclusões significativas 2			
Diagnósticos 3			
Tratamentos e procedimentos realizados 4			
Condição do doente à data da alta 5			
Terapêutica recomendada / tratamentos (follow-up) para a alta 6			
Destino 7			
Consulta Externa: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		Médico: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Original para o Médico Assistente

(1ª folha do impresso)

Edição n.º 2

Elaborado: ACC

07/02/2008

Aprovado: EC

14/02/2008

Homologado: CA

27/02/2008



Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE
Acreditação JCI



Código
0140_Reg_MCI
Pág. 1 / 3

Impresso para Nota de Alta de Enfermagem

CENTRO HOSPITALAR DO ALTO AVE, EPE

Serviço _____

Enfermeiro

Nota de Alta de Enfermagem Nº Folha: _____

Data de Internamento _____ Data da Alta _____

Diagnósticos 1

Intervenções efectuadas 2

Última administração de medicação 3

Atitudes terapêuticas 4

Intervenções propostas 5

Ensinos a Optimizar 6


Enfermeiro 7

Enviar Original para o Enfermeiro Assistente

(1ª folha do impresso)

Edição n.º 2	Elaborado: ACC 07/02/2008	Aprovado: EC 14/02/2008	Homologado: CA 27/02/2008
--------------	------------------------------	----------------------------	------------------------------

Anexo V - Autorização dos dados

 Hospital da Senhora da Oliveira	HOSPITAL DA SENHORA DA OLIVEIRA – GUIMARÃES, E.P.E. Acreditação JCI
	Pedido de Informação/Estatística

Entrega

Tentou fazer este pedido noutra local para além do Serviço de Estatística?

☐ Não

☐ Sim

Qual? _____

Motivo? _____

Comprometo-me a usar a informação solicitada única e exclusivamente para os fins aqui mencionados e jamais a transmitirei a terceiros.

Assinatura do requerente

Elza Luísa Castro Fernandes

Execução

Descreva a seguir todas as tarefas/passos realizados para executar o pedido

Nº	Tarefa	Sistema Informação

Executado por _____ Data ____/____/____